Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada

Préparé par :

le Comité consultatif FPT sur la santé de la population
le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues
le Comité consultatif FPT sur le sida, et
le Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida

Pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve
Septembre 2001

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Aussi disponible sur Internet : http://www.cds-sca.com

Also available in English under the title: *Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use in Canada*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001
N° de cat. H39-589-2001F
ISBN 0-662-86087

103-05869/

Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada

Préparé par :

le Comité consultatif FPT sur la santé de la population
le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues
le Comité consultatif FPT sur le sida, et
le Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida

Pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve
Septembre 2001

Préface

Le rôle du Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP) est d'élaborer des politiques sur les importantes questions nationales relatives à la santé actuelle et à venir de la population (y compris la santé publique[a]), pour lesquelles le consensus et la collaboration au plan provincial, territorial et fédéral sont souhaitables, et d'en faire part à la Conférence des sous-ministres de la Santé. Le CCSP comprend des représentants de Santé Canada, des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que d'organismes non-gouvernementaux.

Ce document est le résultat d'une collaboration entre le CCSP et trois comités fédéraux/provinciaux/territoriaux représentant l'alcool et les autres drogues, le sida, les mesures correctionnelles et la justice :

- le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues;
- le Comité consultatif FPT sur le sida; et
- le Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida

Ont également contribué à l'élaboration de ce document :

- Santé Canada
- Gendarmerie royale du Canada
- Service correctionnel Canada
- Ministère de la Justice du Canada
- Une vaste représentation provinciale et territoriale des secteurs de la santé, des forces policières, des services correctionnels, de la justice et des services sociaux.

a Lorsqu'il sera question, dans le présent document, de la santé de la population ou du travail du Comité consultatif sur la santé de la population, le lecteur devra retenir que les questions relatives à la santé publique sont inhérentes au schéma de la santé de la population.

Table des matières

Sommaire i

1. Introduction 1

2. Les questions sociales et les questions relatives à la santé 2

3. Les coûts 6

4. Un contexte pour des actions globales 7

   Une perspective sur la santé de la population 7
   La Stratégie canadienne antidrogue 8
   La Stratégie canadienne sur le VIH/sida. 8
   Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C. 8
   Les mesures concertées et à long terme 9

5. Une démarche axée sur la réduction des méfaits 9

   Les objectifs 10
   Les principes 10

6. Un cadre d'intervention 11

   La prévention. 11
   L'accès aux soins et services. 12
   Le traitement et la réadaptation 13
   La recherche, la surveillance et la diffusion des connaissances 14
   Le leadership et la coordination au niveau national 15

7. Prochaines étapes 16

8. Conclusion 17

Annexe A - Description détaillée des questions sociales et des questions relatives à la santé. 18

Annexe B - Initiatives menées au pays et à l'étranger 33

Annexe C - Mesures axées vers une stratégie globale 42

Références bibliographiques 47

Sommaire

Le présent rapport constitue la réponse des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'alarme sonnée dernièrement par de nombreux documents de recherche[b] et par des consultations recommandant qu'on prenne des mesures pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada. Il vise à fournir un cadre de travail pour des stratégies et des plans d'action à plusieurs niveaux afin de réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada et de promouvoir une nouvelle action, une collaboration coordonnée entre les divers secteurs et compétences visant à adopter des politiques et des pratiques de lutte contre l'usage de drogues injectables et contre ses méfaits.

En février 2001, les sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la divulgation de la version préliminaire du présent rapport pour qu'il serve de base à de vastes consultations menées au sein du gouvernement et à l'extérieur. Cette intense consultation a été effectuée auprès de représentants des domaines de la santé, de la toxicomanie, de la lutte contre le VIH/sida et l'hépatite C ainsi que des services sociaux, des forces de police, des services correctionnels et de la justice, des peuples autochtones et d'organismes communautaires, ainsi que des utilisateurs de drogues injectables. Elle visait à attirer plus d'appui ainsi qu'une rétroaction qui permettrait d'approfondir le rapport. Le présent document révisé contient les résultats de cette consultation. On y constate un niveau extraordinaire de consensus entre un vaste éventail d'intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux. Ce rapport a attiré l'appui de hauts fonctionnaires, ce qui donne désormais l'occasion d'élaborer, à partir de ce cadre de travail, des plans d'action adaptés à divers territoires de compétence.

L'usage de drogues injectables constitue un grave problème social et sur le plan de la santé dans de nombreux pays, y compris au Canada. Les coûts économiques liés à l'usage de ces drogues sont considérables et augmentent en raison de l'accroissement du nombre d'infections par le VIH et par l'hépatite C. En 1992, avant l'augmentation rapide du nombre d'infections par le VIH et l'hépatite C liées à l'usage de drogues injectables, les coûts relatifs à l'usage des drogues illicites s'élevaient à au moins 1,4 milliard de dollars par année. La plus grande partie de ces coûts provenaient de l'usage de drogues injectables; ils comprenaient la perte de productivité due à la morbidité et à la mortalité prématurées, les soins de santé et l'application de la loi. Les résultats d'une étude ont indiqué que si cette tendance se maintient, dans six ans, les coûts directs et indirects du VIH/sida causé par l'usage de drogues injectables atteindront 8,7 milliards de dollars. On prévoit que les coûts des traitements médicaux des personnes souffrant d'hépatite C dépasseront ceux du VIH et du sida.

b Les rapports suivants ont souligné la nécessité, pour les gouvernements et le secteur non gouvernemental, d'intervenir pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection : *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthique*; *Le VIH/sida en milieu carcéral - Rapport final*; *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*; *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia - Pay Now or Pay Later?*; Deuxième atelier national sur le VIH, l'usage d'alcool et d'autres drogues; *The Red Road: Pathways to Wholeness*, rapport du groupe de travail sur les décès par surdose de stupéfiants narcotiques en Colombie-Britannique; *Drug use and the HIV epidemic, a frame of reference for prevention* (MSSS Québec).

Unissant leurs efforts à ce stade, les comités fédéraux/provinciaux/territoriaux qui participent à ce processus s'entendent pour affirmer que les problèmes causés par l'usage de drogues injectables ont atteint des proportions alarmantes. Ils ajoutent que le Canada ne pourra pas améliorer la situation qu'en lançant une nouvelle intervention solide et en établissant une collaboration multisectorielle et multipartite accrue sur plusieurs fronts, tel que décrites dans ce rapport. Il est crucial d'intervenir dans les domaines de la prévention, de l'accès aux soins et aux services, du traitement et de la réadaptation, de la recherche, de la surveillance et de la diffusion des connaissances. Il faut aussi un leadership et une coordination au palier national. Le présent document ne traite pas de manière détaillée du cadre de réglementation sur l'accès aux substances psychotropes et de leur usage. Toutes les recommandations soumises sont réalisables dans le cadre juridique actuel.

Bien qu'il faudra peut-être de nouveaux fonds à moyen terme, on devrait se concentrer, à court terme, sur un processus intensif de consultation intergouvernementale et multilatérale de haut niveau pour améliorer la communication et atteindre un consensus sur les priorités suggérées dans ce document. Ces mesures permettront alors de mettre au point des plans plus précis pour lesquels on pourra établir des budgets.

L'usage de drogues injectables touche tous les Canadiens, mais plus particulièrement les groupes vulnérables et marginalisés. Les Canadiens et Canadiennes qui ont été victimes d'actes de violence, qui vivent dans la pauvreté ou dans des familles dysfonctionnelles (surtout lorsque certains membres ont des problèmes d'alcoolisme et d'autre toxicomanie), qui ont un faible niveau d'instruction et qui sont sans emploi ainsi que ceux qui n'ont pas accès à des services adéquats et efficaces, sont beaucoup plus vulnérables aux méfaits que cause l'usage de drogues injectables. La population des Canadiens qui s'injectent des drogues est cependant extrêmement diverse. Il est crucial que les programmes, les politiques et les stratégies soient conçus de manière à tenir compte de facteurs tels l'âge, le sexe, la culture, la région géographique et la consommation de multiples drogues.

On estime qu'environ 125 000 Canadiens et Canadiennes s'injectent des drogues, le plus souvent de la cocaïne, de l'héroïne et des stéroïdes. L'usage de drogues injectables cause la mort par surdose, des complications dues au VIH, à l'hépatite C et à d'autres infections transmissibles par le sang ainsi que le suicide. Divers autres problèmes de santé sont également liés à l'usage de drogues injectables, notamment les abcès, les infections, les carences alimentaires, l'endocardite et les interactions néfastes de diverses drogues consommées simultanément.

Le lien entre l'usage de drogues injectables et les infections transmissibles par le sang constitue un problème important et nécessite une intervention urgente. En 1999, plus d'un tiers des nouveaux cas de VIH ont été attribués à l'usage de drogues injectables. Les partenaires sexuels et les nouveau-nés de personnes qui s'injectent des drogues contractent aussi le VIH. On estime aussi qu'entre 210 000 et 275 000 Canadiens et Canadiennes sont infectés par le virus de l'hépatite C. On estime enfin que des milliers de nouveaux cas d'hépatite C répertoriés chaque année, 63 p. cent proviennent de l'usage de drogues injectables.

L'usage de drogues injectables ne se produit pas isolément mais s'inscrit dans le contexte global de l'usage inapproprié des drogues[c]. Il faut prendre des mesures globales, coordonnées et multisectorielles à court et à long terme pour réduire la consommation inappropriée de drogues ainsi que l'usage de drogues injectables et les méfaits qui en découlent directement, comme le VIH/sida, l'hépatite C et les surdoses. Ainsi, les fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux conviennent de ce que les mesures qui réussiront au premier abord à prévenir ou à réduire l'utilisation des drogues contribueront, à long terme, à réduire les méfaits globaux liés à l'usage de drogues injectables. La réalité de la situation au Canada exige une intervention nationale qui s'attaque aussi aux facteurs de risque immédiats que courent les personnes qui s'injectent des drogues et qui fasse partie d'un continuum d'interventions de lutte contre les drogues. Vu l'urgence de cette situation au Canada, le présent rapport vise délibérément les mesures à prendre à court terme. Ces mesures doivent respecter autant la perspective globale de la santé de la population visant les facteurs de santé liés à l'usage des drogues, que les risques directement liés à l'usage de drogues injectables. La Stratégie canadienne antidrogue, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, sont donc les fondement essentiels de la lutte contre l'usage de drogues injectables dans le contexte global de la toxicomanie et de l'usage inapproprié de drogues.

Le fondement que fournissent le point de vue de la santé de la population, la Stratégie canadienne antidrogue, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida ainsi que diverses actions concertées à long terme appuie une approche visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection en atteignant les objectif suivants :

- Concentrer les interventions sur les facteurs déterminants de la santé et sur les facteurs sous-jacents liés à l'usage inapproprié de l'alcool et d'autres drogues.
- Réduire la mortalité et la morbidité liées à l'injection de drogues.
- Réduire l'incidence et la prévalence de l'usage de drogues injectables.
- Réduire les coûts et les conséquences sur la santé, au plan social et économique de l'usage de drogues injectables.

On appuiera ces objectifs en s'attachant aux principes suivants :

- L'usage de drogues injectables doit être avant tout considéré comme un problème social et un problème de santé.
- Les personnes qui s'injectent des drogues doivent être traitées avec dignité et dans le respect de leurs droits.

---

c Par « usage inapproprié des drogues », on entend un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social, soit un usage qui, selon la personne, la substance et le contexte, constitue une menace pour la santé, pour la sécurité ou pour le bien-être des utilisateurs, de leur entourage et de la collectivité. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, « Orientations et stratégie », document de consultation, 1998.)

- Les services doivent être accessibles et appropriés. Ils doivent permettre aux personnes qui s'injectent des drogues de participer à tous les aspects de la planification et de la prise de décision.
- Les programmes et les politiques doivent tenir compte de la diversité des usagers de drogues injectables, notamment de leur sexe, de leur culture, de leur situation géographique et de leur polytoxicomanie.
- Les collectivités et les détenteurs d'enjeux doivent participer aux interventions.

Vu la gravité de cette situation au Canada, plusieurs mesures prioritaires de ce cadre de travail global devraient être prises à court terme afin de réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection :

La prévention

- Élaborer et promouvoir les initiatives visant les facteurs et les conditions sous-jacents pouvant mettre des personnes à risque en utilisant des drogues, surtout des drogues injectables, de manière inappropriée.
- Élaborer et promouvoir des initiatives visant les facteurs et les conditions pouvant mettre des personnes à risque en s'injectant de façon non-sécuritaire.
- Élaborer et promouvoir des initiatives visant les jeunes très vulnérables et axées sur la prévention de l'utilisation de drogues injectables.

L'accès aux soins et services

- Travailler de concert avec les services policiers et la justice, avec les divers paliers gouvernementaux, avec les groupes communautaires et avec d'autres intervenants pour promouvoir la mise en oeuvre, l'accès et l'efficacité des programmes d'échange de seringues et pour réduire les obstacles dans tous les milieux au Canada, en permettant entre autres de lancer des projets pilotes dans des établissements correctionnels.
- Appuyer des initiatives d'action sociale et de réseautage à tous les niveaux afin de stimuler et d'accroître les initiatives visant à réduire les méfaits, à faciliter l'accès à des services sociaux et médicaux, au traitement et à la réadaptation, et à promouvoir l'intégration et la réinsertion dans la société (détenus retournant dans leur collectivité après avoir été libérés d'un établissement correctionnel).
- Favoriser la participation des utilisateurs de drogues injectables et des réseaux d'usagers de drogues aux activités visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection.

Le traitement et la réadaptation

- Dans tous les milieux, y compris les établissements correctionnels, accroître la disponibilité de programmes efficaces de traitement et de réadaptation de l'usage inapproprié de drogues, notamment le traitement de maintien à la méthadone, et éliminer les obstacles entravant l'accès à ces programmes.
- Appuyer en principe des essais cliniques visant à évaluer l'efficacité du traitement de prescription d'héroïne, de LAAM, de buprénorphine et d'autres drogues pour les personnes qui s'injectent des drogues[d].

La recherche, la surveillance et la diffusion des connaissances

- Surveiller les méthodes novatrices utilisées dans d'autres pays pour réduire l'usage de drogues injectables, et évaluer la possibilité de les appliquer au Canada.
- Élaborer un cadre de travail pour présenter régulièrement des rapports en suivant des indicateurs préétablis sur l'usage de drogues injectables et ses conséquences. Mettre au point les outils nécessaires pour rassembler et diffuser les données et les renseignements pertinents. Enfin, surveiller les progrès de la solution à ce problème critique.
- Créer un groupe de travail représentant (au moins) les points de vue des secteurs de l'application de la loi, des services correctionnels, de la justice, des services de santé et des services sociaux, de la toxicomanie, et des collectivités, afin de mener une étude de faisabilité sur la mise en œuvre d'un projet de recherche scientifique et médical relativement à la création de sites d'injection[e] supervisés au Canada.
- Améliorer la surveillance de l'usage de drogues injectables et de ses répercussions au Canada en recueillant des données, en menant des études ciblées et des recherches pour évaluer les causes, les cofacteurs et l'efficacité des interventions.
- Promouvoir la diffusion des connaissances et l'éducation sur l'usage de drogues injectables, sur ses facteurs déterminants ainsi que sur les manières dont il nuit à la société et à la santé, auprès des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'application de la loi et de la justice, des personnes qui s'injectent des drogues, des détenus des établissements correctionnels et de la collectivité.
- Mener des recherches sur l'attitude des Canadiens à l'égard des principes de réduction des méfaits et de certaines stratégies de réduction des méfaits.

---

d Les pairs et les organismes de réglementation doivent réviser et approuver les propositions d'essais cliniques avant qu'on les entreprenne.

e Dans certains pays, ces sites sont appelés sites de consommation supervisée, puisque les drogues peuvent être consommées autrement que par injection.

Le leadership et la coordination au niveau national

- Diriger et coordonner un dialogue entre les différents secteurs et niveaux sur l'usage de drogues injectables.
- Diriger et collaborer avec des collègues d'autres ministères, départements et territoires de compétence afin de promouvoir l'adoption de politiques et de pratiques visant à réduire les méfaits liés à l'usage de drogues injectables.
- Stimuler la collaboration multisectorielle grâce à des mécanismes comme l'initiative de Partenariats entre des secteurs de la santé et des services de police (PSSP), pour atteindre les buts de ce cadre d'action.

L'usage inapproprié de drogues injectables constitue un problème sur le plan de la santé et sur le plan social qui nuit, et qui continuera de nuire terriblement aux utilisateurs, aux familles et aux collectivités du Canada. Si l'on n'agit pas immédiatement, il entraînera des répercussions croissantes tant sur les plans social et économique que sur celui de la santé. Les territoires de compétences et les intervenants doivent dès maintenant travailler ensemble et renouveler leur engagement à la réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection.

Au cours des prochaines étapes de la lutte contre l'usage de drogues injectables, les gouvernements et les autres intervenants devront :

- Reconnaître que l'usage de drogues injectables constitue un problème urgent tant sur le plan social qu'en matière de santé, nécessitant des mesures concrètes à court et à long terme;
- Adopter les objectifs et les principes recommandés dans le présent document;
- Appuyer le travail de collaboration continu entre les collègues des paliers fédéral, provinciaux et territoriaux et les autres intervenants, visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection;
- Soutenir les mesures prioritaires définies pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection et faire preuve de leadership dans leurs territoires de compétence;
- Utiliser ce cadre de travail de manière à élaborer des plans d'action stratégique globaux visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.

1. Introduction

L'usage de drogues injectables constitue un problème important et croissant en matière de santé publique au Canada. Les méfaits liés à l'usage de drogues par injection atteignent des proportions alarmantes dans de nombreuses collectivités au Canada et constituent la plus grande partie du taux de mortalité et d'hospitalisation découlant de l'usage inapproprié des drogues[f]. Cet aspect de la situation doit sonner l'alarme lorsque considéré à la lumière de la recrudescence de la consommation de drogues par les jeunes[1, 2, 3], du taux croissant de l'usage de drogues injectables, de l'émergence de l'usage de drogues par injection constituant un important facteur de risque d'infection par le VIH, par les virus de l'hépatite et par d'autres infections transmissibles par le sang, et de l'incidence accablante de la toxicomanie et de l'usage de drogues injectables au sein des groupes économiquement et socialement défavorisés, notamment les Autochtones, les sans-abri, les détenus et les jeunes de la rue[4].

Plusieurs rapports[g] décrivent et analysent l'usage de drogues injectables et les méfaits qui y sont liés. Tous ces rapports soulignent qu'il est urgent que les gouvernements et les secteurs non gouvernementaux prennent des mesures pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection. Le présent document constitue une réponse fédérale, provinciale et territoriale à ces rapports et à la situation qui prévaut au Canada. Il fournit un cadre à l'élaboration de stratégies et de plans d'action à plusieurs niveaux visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada et à promouvoir une nouvelle action concertée entre les différents secteurs et territoires de compétence afin d'adopter des politiques et des pratiques de lutte contre l'usage de drogues injectables et les méfaits qu'il cause. Le cadre de travail proposé dans ce document a été élaboré à partir des résultats d'initiatives et de consultations passées; il complète les buts, les objectifs, les principes et les priorités de la Stratégie canadienne antidrogue, de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C.

En février 2001, les sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé la divulgation de la version préliminaire du présent rapport pour qu'il serve de base à de vastes consultations au sein du gouvernement et à l'extérieur. Cette intense consultation a été effectuée auprès de personnes représentant les domaines de la santé, de la toxicomanie, de la lutte contre le VIH/sida et l'hépatite C, les services sociaux, les forces de police, les services correctionnels, la justice, les peuples autochtones, des organismes communautaires et les

---

f Par « usage inapproprié des drogues », on entend un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social, soit un usage qui, selon la personne, la substance et le contexte, constitue une menace pour la santé, pour la sécurité ou pour le bien-être des utilisateurs, de leur entourage et de la collectivité. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, « Orientations et stratégie », document de consultation, 1998.)

g *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthique*; *Le VIH/sida en milieu carcéral - Rapport final*; *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*; *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia - Pay Now or Pay Later?*; Deuxième atelier national sur le VIH, l'usage d'alcool et d'autres drogues; *The Red Road: Pathways to Wholeness*, rapport du groupe de travail sur les décès par surdose de stupéfiants narcotiques en Colombie-Britannique; *Drug use and the HIV epidemic, a frame of reference for prevention* (MSSS Québec).

utilisateurs de drogues injectables. Elle visait à attirer plus d'appui ainsi que des commentaires qui permettraient d'approfondir le rapport. Le présent document révisé contient les résultats de cette consultation.

Bien que les stratégies et les activités d'intervention doivent correspondre aux territoires de compétence et aux besoins locaux, l'usage de drogues injectables constitue un problème à l'échelle du pays nécessitant une réaction globale, intégrée et uniforme. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent diriger et coordonner les programmes de lutte contre l'usage des drogues injectables et contre les méfaits qu'il cause tout en favorisant et en stimulant la participation de tous les secteurs.

Le présent document ne contient pas l'analyse du cadre de réglementation sur l'accès aux substances psychotropes et sur leur usage au Canada. Chacun des rapports ci-haut mentionnés a cerné les sections des lois canadiennes portant sur les méfaits associés à l'usage des drogues par injection de même que la nécessité de modifier les politiques en matière de drogue au Canada.

Toutefois, un certain nombre de mesures doivent être prises immédiatement. Compte tenu de l'urgence de la situation qui prévaut au Canada, le présent document met délibérément l'accent sur ces mesures tout en reconnaissant l'importance de prendre des mesures à plus long terme et d'entreprendre un examen soigneux de la loi, des règlements et des politiques sur les drogues au Canada portant sur l'usage de drogues injectables et sur l'utilisation inappropriée des drogues en général.

2. Les questions sociales et les questions relatives à la santé

Les répercussions de l'usage de drogues par injection sur le plan social et en matière de santé publique au Canada sont énormes, complexes et dévastatrices. Les coûts faramineux qui y sont rattachés de même que les incidences économiques, sociales et au plan de la santé grandissent chaque jour. Bien que les médias aient tendance à cibler la situation qui prévaut dans les grandes villes comme Vancouver, Toronto et Montréal, on peut constater l'usage de drogues par injection et les méfaits qui y sont associés partout au pays, d'un océan à l'autre, tant dans les milieux urbains que ruraux. Les familles et les amis de ceux et celles qui s'injectent des drogues sont touchés de même que l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes.

La pauvreté, le fait d'être sans-abri, le manque d'éducation, le dysfonctionnement familial, l'usage inapproprié d'alcool ou d'autres drogues par les parents, les problèmes de santé mentale et un historique de violence infantile sont tous des facteurs déterminants qui rendent les gens à plus haut risque au plan de l'usage inapproprié ou de l'injection de drogues.

Les personnes souffrant d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies demeurent stigmatisées dans la société canadienne. Les Canadiens qui s'injectent des drogues le sont encore davantage étant, et de loin, rejetés de la société en raison de la nature illégale de leur comportement, de leur vie souvent désordonnée et de leur vulnérabilité aux maladies. Ils sont souvent étiquetés comme étant des gens difficiles à diriger, des gens qui dérangent et des manipulateurs. Une grande partie de la société les considère comme des gens inférieurs, des criminels et des épaves. Ces attitudes et ces conceptions mal fondées ont entraîné divers méfaits, notamment l'apathie du public, les maladies mentales non diagnostiquées et l'inaccessibilité des traitements et des programmes de réadaptation.

On évalue à environ 125 000 le nombre de personnes qui s'injectent des drogues au pays. Ce nombre inclut environ 25 000 Canadiens qui s'injectent des stéroïdes. Au Canada, les drogues que les gens s'injectent sont, le plus souvent, la cocaïne, l'héroïne et les stéroïdes[5]. Certaines régions du pays connaissent cependant des problèmes particuliers avec l'injection d'autres drogues comme le Ritalin, et le Talwin. L'injection de la cocaïne constitue une préoccupation particulière étant donné que les gens qui s'en injectent le font jusqu'à 20 fois par jour, d'où l'augmentation des risques causés par la recherche de seringues propres et par le partage de seringues contaminées[6]. De récentes estimations du taux de mortalité indiquent que les principales causes de décès imputables à l'usage de drogues illicites sont les surdoses, le suicide et les complications dues aux infection par le VIH[7, 8], toutes ces causes étant hautement associées à l'usage de drogues par injection. Divers autres problèmes de santé sont également associés à l'usage des drogues par injection, notamment les abcès, les infections, la mauvaise nutrition, l'endocardite et les interactions néfastes des drogues.

La corrélation entre l'usage de drogues par injection et les infections transmissibles par le sang constitue une préoccupation majeure. L'injection de drogues représente un facteur de risque important en ce qui a trait à l'infection par le VIH, aux virus de l'hépatite et à d'autres pathogènes transmissibles. Les personnes qui s'injectent des drogues peuvent transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels par voie de contact sexuel, à leurs enfants par transmission périnatale et à d'autres utilisateurs de drogues par le partage de seringues ou d'autres accessoires facilitant la consommation de drogues. Jusqu'à 40 % des utilisateurs de drogues ont des relations sexuelles avec des personnes qui n'en utilisent pas[9]. De nombreux utilisateurs ou leurs partenaires sexuels sont des femmes en âge de procréer; celles-ci risquent donc de transmettre le VIH au fœtus pendant la grossesse ou à leur enfant, soit lors de l'accouchement ou par l'allaitement.

Bien qu'un grand nombre de décès et d'hospitalisations soient attribuables à l'usage de drogues par injection en raison des complications dues aux infections par le VIH, il est alarmant de noter que l'usage de drogues par injection constitue un facteur de risque important dans les nouveaux cas d'infection par le VIH. La proportion des cas d'adultes séropositifs par le VIH directement attribuable à l'usage de drogues par injection est passée de 8,9 % qu'elle était avant 1995 à 28,3 % en 1999, atteignant un sommet de 33,8 % en 1997[10]. En 1999, plus d'un tiers des nouveaux cas de VIH ont été attribués à l'usage de drogues par injection[11].

L'usage de drogues par injection comporte des tendances encore plus dramatiques en ce qui a trait à l'incidence de l'hépatite B et C. On évalue qu'entre 210 000 et 275 000 Canadiens et Canadiennes sont porteurs de l'hépatite C et que 70 % d'entre eux sont des utilisateurs ou d'anciens utilisateurs de drogues par injection[12]. Les estimations démontrent également qu'il peut y avoir 4 500 nouvelles infections par l'hépatite C annuellement au Canada, dont 63 % au moins sont reliées à l'usage de drogues par injection[13]. On évalue qu'environ un tiers des nouvelles infections par l'hépatite B au Canada sont reliées à l'usage de drogues par injection.

L'hépatite C se transmet plus facilement par voie sanguine que le VIH et s'attrape plutôt après les premiers partages du matériel d'injection. Comparativement au VIH, l'hépatite C est un virus de 10 à 15 fois plus infectieux par contact sanguin[14]. La situation continue de s'aggraver en raison du haut taux de prévalence des infections par l'hépatite C au sein des populations qui s'injectent des drogues, à un point tel que même le partage occasionnel de seringues ou d'autres accessoires facilitant la consommation de drogues comporte un risque extrême d'infection. L'hépatite B et l'hépatite C sont également des virus qui inquiètent à cause de leur durée de vie sur les objets qui ont servi à des injections. Les blessures avec les aiguilles constituent un danger bien connu des professionnels de la santé, des policiers et du personnel des services correctionnels. Bien qu'aucun cas d'infection n'ait été enregistré chez ces intervenants suite à un contact accidentel avec des aiguilles usagées, le risque continue de subsister auprès d'autres personnes comme les éboueurs et les enfants.

L'usage de drogues par injection a une incidence sur l'ensemble de la société et constitue un problème clé chez les personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées de la société comme celles ayant souffert de violence infantile, celles qui sont atteintes de maladie mentale, les sans-abri, les jeunes de la rue, les enfants victimes d'agressions sexuelles et les détenus des établissements correctionnels. La population des Canadiens qui s'injectent des drogues est cependant très diverse. Ceci provient en partie de facteurs tels l'âge, le sexe, la culture, la région géographique et la consommation simultanée de diverses drogues.

Les femmes qui s'injectent des drogues sont confrontées à des épreuves particulières étant souvent reliées au commerce du sexe et ayant vécu des agressions sexuelles dans leur enfance. Elles hésitent également souvent à participer aux programmes de traitement pour toxicomanie, craignant qu'on ne leur enlève leurs enfants ou ayant de la difficulté à trouver des services de soins sûrs et convenables pour ceux-ci pendant qu'elles suivent un traitement[15, 16]. Les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont des pratiques sexuelles non protégées représentent la voie par laquelle le VIH peut se transmettre d'une personne qui s'injecte des drogues à des personnes qui ne s'en injectent pas.

La consommation de drogues est élevée chez les jeunes de la rue dont le nombre est évalué à environ 150 000[17]. Il est généralement reconnu que les agressions physiques, émotionnelles et sexuelles à la maison conduisent, dans une large mesure, à ce mode de vie marginal[18]. Des études effectuées entre 1988 et 1992 démontrent des taux élevés d'usage de drogues illicites et de drogues par injection par les jeunes de la rue comparativement au taux d'usage de drogues par les jeunes qui vivent à la maison[19, 20, 21, 22]. Le partage de seringues et les pratiques

sexuelles non protégées sont monnaie courante chez les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues. La possibilité d'infection par le VIH chez les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues est reliée à leur jeune âge : ces jeunes sont sans emploi et se prostituent.

Les autochtones sont à risque élevé étant donné l'importance des déterminants associés à l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues et à l'usage de drogues par injection, du fait qu'ils ont vécu plusieurs des préjudices liés à l'usage inapproprié des drogues comme la pauvreté, le manque d'éducation, l'instabilité de la structure familiale, les agressions physiques et la précarité des réseaux de soutien social[23]. On ne connaît pas avec exactitude l'ampleur de l'usage de drogues par injection chez les autochtones; ceux-ci se disent cependant préoccupés par l'usage des drogues illicites et par les conséquences négatives de l'usage inapproprié des drogues.

L'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues est un facteur important du taux de mortalité élevé chez les autochtones attribuable aux accidents et aux suicides. Les peuples autochtones comportent un taux élevé, d'une ampleur disproportionnée, d'utilisateurs de programmes d'échange de seringues et de centres de traitement pour toxicomanie dans de nombreuses villes[24].

Bien que cela signifie que des pratiques de réduction des méfaits soient adoptées, cela peut également signifier qu'il y a un taux d'usage de drogues par injection plus élevé chez les autochtones que chez les non autochtones. De plus, les autochtones sont surreprésentés à l'intérieur de certaines populations carcérales au Canada; ils s'adonnent probablement à l'usage des drogues par injection davantage que les détenus non autochtones et ont sans doute commencé plus jeunes[25].

Le rapport qui existe entre l'usage des drogues par injection et la prévalence du VIH, des virus de l'hépatite et d'autres infections transmissibles par le sang parmi les détenus au Canada est significatif : il est important de le noter. Les détenus constituent un risque particulier en raison de leurs comportements à risque élevé comme le fait d'utiliser des drogues par injection et en raison de divers facteurs comme le manque d'éducation, les antécédents de dysfonctionnement familial et la faiblesse des réseaux de soutien social, pas nécessairement parce qu'ils sont incarcérés. Il est reconnu que l'usage des drogues est largement répandu dans les établissements correctionnels du Canada. Bien qu'il existe de nombreuses mesures visant à contrer cette situation, l'usage des drogues par injection demeure un facteur majeur de la prévalence croissante du VIH et de l'hépatite C. Dans une étude menée auprès d'un petit groupe de détenus, une auteure affirme que 25 % des personnes à l'étude ont dit avoir fait l'usage de drogues par injection pour la première fois pendant qu'elles étaient en prison[26].

Cette situation soulève de sérieuses questions, dans le contexte élargi de la sécurité et de la santé publique, étant donné que les détenus ont peu de chance d'avoir accès à du matériel d'injection propres et qu'ils ne sont pas conscients des dangers potentiels de l'usage des drogues par injection ou qu'ils ne s'en préoccupent pas. On peut donc présumer que, sans les efforts considérables qui sont déployés pour assurer les traitements appropriés et pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection, la transmission potentielle du VIH, des

virus causant les hépatites et d'autres infections transmissibles par le sang s'étendrait au-delà du périmètre des installations correctionnelles courantes, jusque dans les collectivités du Canada et dans la population en général.

On retrouve à l'annexe A une description détaillée des questions sociales et des questions relatives à la santé associées à l'usage des drogues par injection.

3. Les coûts

Les coûts économiques associés à l'usage des drogues par injection sont considérables. Bien que l'on ne dispose pas d'une étude particulière des coûts directement imputables à l'usage des drogues par injection, il est évident que la plus grande partie des coûts afférents à l'usage des drogues provient de l'usage des drogues par injection. En 1992, avant la récente montée des infections par le VIH et par l'hépatite C associées à l'usage des drogues par injection, les coûts reliés à l'usage des drogues illicites étaient évalués, sans exagération, à 1,4 milliard de dollars par année[27]. L'usage des drogues par injection était la cause de la majorité des décès et d'un fort pourcentage des crimes reliés aux drogues.

La plus grande part des coûts économiques (823 millions de dollars) était attribuable à la perte de productivité due à la morbidité et aux décès prématurés; une importante partie de ces coûts (400 millions de dollars) était affectée aux services de police. Les personnes qui s'injectent des drogues sont passées de l'héroïne à la cocaïne. Ce changement du type de drogue vient accélérer l'urgence de la situation due à la plus grande fréquence des injections avec l'usage de la cocaïne.

Les coûts directs moyens du traitement pour le VIH/sida de chaque personne nouvellement atteinte du VIH qui s'injecte des drogues sont évalués à 150 000 $[h,28,29,30]. Une étude a évalué à 8,7 milliards de dollars sur six ans les coûts directs et indirects du VIH/sida attribué à l'usage de drogues par injection si la tendance se maintient[31]. Une autre étude démontre qu'un investissement annuel d'un million de dollars sur une période de six ans permettrait d'éviter 164 infections par le VIH auprès de personnes ayant des comportement à risque élevé[32]. Mis ensemble, les résultats de ces études démontrent qu'un investissement annuel d'un million de dollars sur cinq ans donnerait un taux de rendement ou d'épargnes sur les coûts ultérieurs pouvant s'élever à 24 millions de dollars.

Il n'existe pas d'estimation des coûts du traitement d'une personne atteinte de l'hépatite C mais une étude sur l'incidence économique de l'hépatite C au Canada est présentement en voie de réalisation. On sait cependant que le traitement au Rebetron, un médicament régulièrement utilisé dans le cas de l'hépatite C, peut coûter jusqu'à 30 000 $ par série de traitement pour un individu. Une transplantation du foie peut coûter jusqu'à 250 000 $[33]. Selon l'Institut canadien

h Les coûts renferment les éléments suivants : la facturation des médecins, les nuits d'hospitalisation, les visites à l'urgence, les services de consultation et de soutien formel, les consultations hospitalières, les thérapies alternatives, le coût des médicaments et les tests de laboratoire. Les coûts des soins à domicile et en résidence communautaire ne sont pas inclus (Hanvelt, R., Copley, T., Schneider, D. & Meagher, N. *The Economic Costs and Resource Impacts of HIV/AIDS in BC (Projet des ressources en santé communautaire, 1er septembre 1999)* Projet PNRDS no 6610-2372

d'information sur la santé, il y a eu 338 transplantations du foie au Canada en 1998[34]. Le Conseil de recherches médicales a estimé, en 1999, que 217 de ces transplantations étaient imputables aux infections par l'hépatite C. On prévoit que ce nombre triplera d'ici 2008 et que l'hépatite C sera la cause principale des transplantations du foie[35]. Le prévalence de l'hépatite C étant supérieure à l'infection par le VIH, les coûts médicaux s'y rattachant devraient excéder ceux se rapportant au VIH.

4. Un contexte pour des actions globales

Une action globale visant à faire face à la problématique de l'usage des drogues par injection repose sur la mise en place d'un certain nombre de principes clés, d'initiatives et de partenariats qui existent déjà et qui sont essentiels à l'obtention de résultats positifs à long terme. Les fondements d'une action globale sur l'usage des drogues par injection sont constitués d'une perspective sur la santé de la population, du contexte élargi de la Stratégie canadienne antidrogue, de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et de l'engagement envers une approche multisectorielle à long terme et concertée à l'échelle nationale.

Une perspective sur la santé de la population

Il est largement reconnu au Canada qu'il est difficile de dissocier la santé des personnes de la santé de la société[36]. Tous les paliers gouvernementaux peuvent favoriser et créer certaines conditions, tant dans le milieu physique que dans le milieu social, pour appuyer et promouvoir la santé.

Une approche axée sur la santé de la population, visant à traiter des facteurs déterminants de la santé[i], dont l'insuffisance peut précéder et/ou exacerber l'usage inapproprié d'alcool ou d'autres drogues, est un élément essentiel d'une stratégie globale en matière de drogue. Les stratégies doivent reposer sur une approche se rapportant à la santé de la population, englober les facteurs déterminants de la santé et du bien-être de même que tenir compte des raisons et conditions fondamentales qui poussent les gens à l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues, notamment la marginalisation, les réseaux de soutien inappropriés, le manque d'accessibilité à des services de santé et à des programmes de toxicomanie efficaces, le manque d'habilités d'adaptation, les troubles du développement dans l'enfance et les problèmes de santé mentale. La stratégie globale de réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection comprend des mesures visant les facteurs sous-jacents liés à la mauvaise utilisation de drogues ainsi que des mesures visant les facteurs de risque plus directs chez les utilisateurs de drogues injectables.

i Des preuves démontrent que les facteurs clés ayant une influence sur la santé de la population sont, notamment, le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, les milieux physiques, le patrimoine biologique et génétique, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles, le sain développement dans l'enfance, les services de santé, le sexe et la culture. Santé Canada. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens.* 1994.

La Stratégie canadienne antidrogue

La Stratégie canadienne antidrogue traite d'abord et avant tout l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues comme une question de santé. Cette stratégie vise à long terme à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes, dans les familles et dans les collectivités. L'élaboration, de la part de la Stratégie canadienne antidrogue, d'une séquence d'interventions allant de la prévention au traitement et à la réadaptation est essentielle au succès des mesures mises de l'avant dans le présent document en matière d'usage des drogues par injection. De plus, des mesures particulières visant l'usage des drogues par injection au Canada viennent compléter et renforcer l'approche de réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection de la Stratégie canadienne antidrogue.

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida a six objectifs : empêcher la propagation du VIH au Canada; découvrir un traitement; découvrir et fournir des vaccins, des médicaments et des thérapies efficaces; assurer des soins, des traitement et du soutien aux Canadiens atteints du VIH/sida, à leurs familles, à leurs amis et à ceux qui les soignent; minimiser les répercussions du VIH/sida sur les individus et sur les collectivités; réduire les facteurs économiques et sociaux qui augmentent les risques collectifs et individuels relatifs au VIH. Ces objectifs, associés aux trois directives qui guident le travail de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida - viabilité améliorée et intégration, meilleur ciblage des personnes qui sont le plus à risque et responsabilité accrue - sont compatibles avec l'approche du présent document.

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C est financé par le gouvernement fédéral et peut compter sur un budget de 50 millions de dollars pour la période s'étendant de 1999/2000 à 2003/2004. Le Programme a été élaboré en consultation avec de nombreux intervenants et vise à accentuer la sensibilisation, à faire la promotion de comportements de prévention positive, à étendre les activités de recherche et à augmenter la capacité du gouvernement à contrer cette menace pour la santé. On y retrouve cinq éléments : la prévention; le soutien en matière de soins et de traitement; la recherche, le soutien communautaire; la gestion. Le Programme a pour objectifs de promouvoir la prévention des infections par l'hépatite C , de promouvoir l'élaboration et la disponibilité d'outils et de mécanismes susceptibles d'aider les personnes infectées ou touchées par l'hépatite C, d'élargir les capacités au plan de la recherche et de renforcer l'attitude de la population canadienne face à l'hépatite C grâce à une meilleure sensibilisation.

Les mesures concertées et à long terme

Les programmes qui réussissent à réduire les méfaits associés aux drogues doivent comporter des mesures cohérentes durables. Les engagements doivent être appropriés et durables pour qu'il soit possible d'établir, de mettre en oeuvre, de coordonner et d'évaluer des plans et des programmes réalistes et à long terme.

On cherche fortement à élaborer une stratégie multisectorielle, concertée et à long terme pour contrer l'usage des drogues par injection de même que les problèmes sociaux et ceux relatifs à la santé qui y sont rattachés. La collaboration est d'une importance primordiale, nécessitant la participation des services de toxicomanie, de la justice, des services sociaux et des services de santé, des policiers, des services correctionnels, des autochtones, des intervenants communautaires, des personnes concernées par l'usage de drogues par injection et autres. Il est essentiel que des mesures soient prises à tous les paliers pour bâtir une synergie, surmonter les tensions, éviter le dédoublement et assurer une réponse globale à long terme à l'usage des drogues par injection.

5. Une démarche axée sur la réduction des méfaits

Si nous voulons obtenir des résultats à long terme, il est important que nous consolidions nos activités pour empêcher l'usage inapproprié de toutes drogues et que nous renforcions les services de traitement, de réadaptation, de soins et de soutien. Les mesures qui réussiront au premier abord à réduire la consommation de drogues contribueront à long terme à la réduction des méfaits globaux liés à l'usage de drogues injectables. Cependant, l'urgence, la gravité et la réalité de l'usage de drogues injectables au Canada requièrent une action nationale qui vise aussi les facteurs de risque directs que courent les utilisateurs de drogues injectables dans le cadre d'un continuum de lutte contre la toxicomanie. Le présent rapport recommande pour cela des initiatives et des programmes offrant aux utilisateurs de drogues injectables la possibilité de réduire les méfaits qu'ils se font sans devoir attendre d'avoir réduit ou cessé cette utilisation.

Il n'y a pas de consensus sur la définition de l'expression « réduction des méfaits ». Cette notion a cependant servi de fondement à toute une gamme de méthodes novatrices de lutte contre la drogue. Certaines personnes voudraient limiter la réduction des méfaits à des politiques et à des programmes qui mettent l'accent sur l'atténuation des conséquences négatives liées à la consommation sans nécessairement restreindre cette consommation. Mais quelle que soit la portée de ces méthodes, personne ne conteste le bien-fondé des mesures visant à réduire les méfaits que cause la consommation de drogues. Certaines présentations suggèrent qu'il serait plus efficace d'adopter une définition empirique de la réduction des méfaits; les interventions de réduction des méfaits ne sont considérées comme telles que si elles réduisent vraiment les méfaits liés aux drogues[37]. Il est donc difficile de déterminer si un programme sert vraiment à réduire ces méfaits sans en examiner les répercussions. Grâce à cette notion, la réduction des méfaits peut servir de terrain commun par lequel des gens ayant des points de vue largement divergents sur les politiques en matière de drogue peuvent s'entendre sur diverses façons pratiques et immédiates de réduire les méfaits que causent les drogues.

Diverses initiatives menées à l'étranger et au Canada démontrent que le fait de s'attaquer aux méfaits associés à l'usage des drogues par injection permet de réduire les risques que la consommation de drogues cause à la santé des utilisateurs, de leurs familles et de leurs collectivités, d'améliorer la situation économique et sociale de ces personnes et, par conséquent, de réduire les coûts en matière de santé, de justice, d'application de la loi et sur le plan social. Les stratégies de réduction des méfaits permettent d'atténuer la possibilité que les utilisateurs de drogues contractent ou transmettent le VIH, le virus de l'hépatite C et d'autres infections transmissibles par le sang, d'atténuer les risques de surdose de drogues dont on ne connaît ni la puissance ni la pureté ou encore de réduire les risques que ces utilisateurs ne se blessent ou ne blessent d'autres membres de la société.

Certains pays ont essayé et lancé diverses méthodes novatrices visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection. Le Canada devrait analyser ces initiatives et leurs résultats pour ensuite mettre à l'essai et évaluer les mesures qui pourraient s'appliquer au contexte canadien.

On trouvera à l'annexe B une description détaillée d'initiatives menées au Canada et à l'étranger.

Objectifs

Le présent document propose quatre objectifs visant à réduire les méfaits causés par l'usage de drogues injectables :

- s'attaquer avec plus de force aux facteurs déterminants de la santé et aux facteurs sous-jacents liés à l'usage inapproprié de drogues;
- réduire la mortalité et la morbidité causées par l'injection de drogues;
- réduire l'incidence et la prévalence de l'usage de drogues injectables;
- réduire les coûts et les autres répercussions sur la santé, la société et l'économie liés à l'usage de drogues injectables.

Principes de base

Les principes clés ci-après appuyent l'approche axée sur l'usage de drogues injectables définie dans le présent document :

- l'usage de drogues par injection devrait être perçu, d'abord et avant tout, comme un problème de santé et de société;
- les personnes qui s'injectent des drogues devraient être traitées avec dignité et dans le respect de leurs droits;
- les services devraient être accessibles, appropriés et faciliter la participation des personnes qui s'injectent des drogues aux décisions relatives à la planification des programmes;

- les programmes et les politiques devraient tenir compte de la diversité des utilisateurs de drogues injectables, notamment le sexe, la culture, la région géographique et la polytoxicomanie;
- la collectivité et les intervenants devraient participer à la quête de solutions.

6. Un cadre d'intervention

Il est impérieux que les gouvernement fédéral, provinciaux et territoriaux adoptent des mesures immédiates faisant partie d'un cadre touchant les éléments suivants : la prévention; l'accès aux services; la recherche, la surveillance et la diffusion des connaissances; le traitement et la réadaptation; le leadership et la coordination. Ce cadre favorise l'élaboration et l'amélioration de stratégies et de mesures touchant différents niveaux afin de réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada. Il est important de les adapter aux besoins de diverses collectivités, compétences et populations d'utilisateurs de drogues injectables. L'annexe C contient une approche globale comportant des mesures immédiates et des mesures à long terme.

La prévention

La prévention constitue un élément essentiel de toute approche globale en matière de l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues. La prévention peut réduire, à long terme, l'incidence de cet usage inapproprié et de l'usage de drogues par injection. Les stratégies de prévention (notamment la sensibilisation du public, l'éducation, le perfectionnement professionnel, le marketing social, l'action communautaire et l'élaboration de politiques) permettent, au fil du temps, de transformer les attitudes, les connaissances, les comportements et les conditions sociales de manière à réduire les risques que les gens, surtout les jeunes, ne commencent à consommer de l'alcool ou d'autres drogues de façon inappropriée ou à s'y adonner de façon encore plus néfaste, notamment par injection.

Mesures préconisées

- Développer et promouvoir les initiatives qui abordent les facteurs et les conditions qui peuvent mener des personnes à un usage inapproprié de drogues, spécialement de drogues par injection.
- Développer et promouvoir des initiatives qui abordent les facteurs et les conditions qui peuvent mener des personnes à des pratiques d'injection non-sécuritaires.
- Développer et promouvoir des initiatives s'adressant aux jeunes à risque élevé et à la prévention de l'injection des drogues.

L'accès aux soins et services

L'accès aux soins et services fait partie intégrante de la réduction des méfaits. Ce sont les pairs, par le travail de milieu, qui sont les plus susceptibles de pouvoir rejoindre les gens ayant des problèmes de drogue. Ce sont souvent les personnes les plus crédibles et les plus fiables pour transmettre à ces derniers l'information devant permettre de réduire les risques associés à l'usage des drogues et de les mettre en relation avec les services sociaux, les services de santé et de toxicomanie. Les pairs sont également les mieux placés pour fournir des recommandations aux groupes et aux réseaux d'utilisateurs de drogues.

Il faut réduire les comportements à risque particulièrement élevé associés à l'usage des drogues par injection, notamment les comportements pouvant conduire au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C (par le partage de seringues) et aux surdoses. Les programmes d'échange de seringues constituent un exemple classique de travail de milieu. Ces programmes permettent l'échange de millions d'aiguilles et de seringues chaque année au Canada. La prémisse de ces programmes est que les personnes qui s'injectent des drogues partagent des seringues et d'autres accessoires d'injection, ce qui constitue un mode fréquent de transmission du VIH, des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C et d'autres infections transmissibles par le sang. Les programmes d'échange de seringues transmettent des messages éducatifs sur les risques pour la santé que représente l'injection de drogues; des trousses de désinfection à l'eau de Javel, des conseils, des recommandations, du soutien et d'autres services sont aussi offerts. La facilité d'échanger les seringues n'a pas entraîné une usage accrue des drogues. Les programmes d'échange de seringues ont cependant permis de réduire le nombre d'échanges de seringues entre les utilisateurs, ont conduit de nombreux utilisateurs de drogues vers des services de santé, de toxicomanie et de soutien, ont réduit le taux d'exposition professionnelle du personnel des services correctionnels et ont permis de mettre hors d'usage les seringues usagées.

Les programmes communautaires d'échange de seringues au Canada constituent l'une des stratégies importantes de l'approche axée sur la réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection. Il est cependant essentiel de les améliorer, de les étendre, particulièrement aux communautés rurales, et d'envisager la mise sur pied de projets pilotes dans les établissements des services correctionnels. Malgré les préoccupations exprimées par les clients et le personnel des programmes d'échange de seringues concernant les services de police, on remarque que, dans l'ensemble, les services de santé et les services de police travaillent bien ensemble. Il faut cependant connaître ces préoccupations et s'assurer que ces deux services travaillent à l'atteinte d'objectifs complémentaires.

Malgré l'accessibilité de programmes d'échange de seringues au Canada, l'injection elle-même de drogues peut se faire dans un environnement qui ne soit pas sécuritaire ni hygiénique, ce qui augmente les risques de surdose et d'infection. Il existe, dans certains

pays, des sites d'injection supervisés[j] visant à réduire ces risques. Ce sont des sites acceptés sur le plan juridique avec supervision médicale conçus pour offrir aux personnes qui s'injectent des drogues un environnement sécuritaire et hygiénique. Ces sites servent à réduire les dangers inhérents aux pratiques d'injection dangereuses et à contrer les problèmes d'ordre public associés à l'usage illégal de drogues par injection; ils sont considérés comme étant un service de bas seuil souvent enchâssé dans une stratégie de réduction des méfaits. Il existe des données d'évaluation positive provenant de pays qui ont expérimenté et mis en place des sites d'injection supervisés. Certains de ces résultats indiquent une diminution du taux de surdose, du nombre de seringues qui se retrouvent dans l'environnement, du nombre de personnes qui s'injectent des drogues en public et de la criminalité. Il y a de nombreuses discussions sur l'efficacité, la faisabilité et les possibilités d'application de ces sites au Canada.

Mesures préconisées

- Travailler de concert avec les services policiers et la justice, les divers niveaux de gouvernements, les groupes communautaires et d'autres pour promouvoir l'implantation, l'accès et l'efficacité des programmes d'échange de seringues et réduire les barrières à tous les niveaux, incluant la mise en place de projets pilotes dans les services correctionnels.
- Appuyer des initiatives d'action sociale et de réseautage dans toutes les sphères de la société afin de stimuler et d'accroître les initiatives qui visent à réduire les méfaits, à faciliter l'accès à des services sociaux et médicaux, au traitement et à la réadaptation, et promouvoir l'intégration et la réinsertion dans la société (détenus retournant dans leur collectivité après avoir été libérés d'un établissement de détention).
- Stimuler la participation des utilisateurs des drogues par injection et des réseaux d'usagers des drogues pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection.

Le traitement et la réadaptation

Le vaste milieu des politiques sociales et économiques du Canada devrait reconnaître que la toxicomanie et l'usage de drogues constituent un obstacle à la croissance, à la cohésion sociale et à la santé de la population. Il est important que chaque citoyen capable de participer à la société et à l'économie fasse en sorte que les personnes éprouvant des problèmes d'usage inapproprié et d'usage de drogues par injection reçoivent des soins immédiats et prodigués avec compassion.

Un élément essentiel d'une réponse globale à l'usage des drogues par injection est la disponibilité de tout un éventail de traitements possibles et leur accessibilité. Les choix offerts devraient reposer sur des preuves d'efficacité tout en reconnaissant l'importance

j Dans certains pays, ces sites sont appelés sites de « consommation » supervisée étant donné que les drogues peuvent être consommées autrement que par injection.

d'inclure une gamme de services et de philosophies d'intervention (notamment le counselling, l'aide entre pairs, la désintoxication, la réadaptation, la référence et la coordination des services, les services communautaires et le logement).

Le traitement par la méthadone, lequel renferme toute une gamme de soutiens auxiliaires, est un moyen efficace de réduire l'usage des drogues par injection, le partage de seringues, les méfaits associés à l'injection d'opiacés et les activités criminelles. Compte tenu du fait que le taux d'usage de drogues illicites, le taux de mortalité et le taux de transmission d'infections comme le VIH et l'hépatite C ont atteint des proportions énormes, il est urgent de rendre le traitement par la méthadone plus disponible et plus accessible, y compris dans les établissements correctionnels et dans les secteurs ruraux. Il faut également s'assurer que le traitement d'entretien à la méthadone soit étroitement lié aux services de santé complémentaire, aux services sociaux et aux services de toxicomanie. Ces services renferment souvent des services de conseils, de formation professionnelle et des services d'aide pour le retour à l'école.

Certains pays possédant une infrastructure de services de traitement par la méthadone hautement élaborés ont découvert qu'une importante proportion d'héroïnomanes continue de résister ou demeurent réfractaires à ce mode de thérapie. Ces personnes sont, pour la plupart, des utilisateurs d'héroïne depuis longtemps, ont connu de nombreuses rechutes avec le traitement par la méthadone et sont souvent reconnus comme étant des malades psychiatriques. Il est important de souligner que, même dans les pays qui utilisent l'héroïne pour traiter une population choisie, le traitement d'entretien à la méthadone continue d'être la meilleure option pour la majorité des clients.

Mesures préconisées

- Enlever les barrières de façon à accroître la disponibilité de programmes efficaces pour traiter l'usage inapproprié des drogues et favoriser la réadaptation, notamment le traitement de maintien à la méthadone dans toutes les collectivités, y compris les services correctionnels.
- Appuyer, en principe, des essais cliniques pour évaluer l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne, du LAAM, de la buprénorphine et d'autres drogues dans le traitement des personnes qui s'injectent des drogues.[k]

La recherche, la surveillance et la diffusion des connaissances

Les recherches sur les toxicomanies et celles qui sont axées sur l'usage des drogues par injection en particulier sont indispensables pour conserver une base solide de preuves qui reflètent nos connaissances sur la prévalence de l'usage des drogues de même que sur les tendances, sur les pratiques exemplaires et sur les résultats des divers programmes. Il est particulièrement important que nous suivions de près les approches novatrices et alternatives qui sont mises de l'avant, expérimentées et adoptées à l'étranger. Il est ainsi

k Les pairs et les organismes de réglementation doivent réviser et approuver les propositions d'essais cliniques avant leur mise en oeuvre.

possible d'en apprendre davantage sur les diverses possibilités d'élaboration des programmes et des services de même que sur les méthodes alternatives d'exécution des programmes existants, y compris la variation des seuils d'admissibilité.

Mesures préconisées

- Examiner les approches novatrices que d'autres pays utilisent pour traiter l'usage des drogues par injection et évaluer leur application au Canada.
- Mettre au point un cadre de référence pour colliger des données régulièrement par l'usage d'indicateurs convenus quant à l'usage des drogues par injection et ses répercussions, mettre au point les outils nécessaires pour rassembler et diffuser l'information et les données pertinentes et surveiller les progrès face à la solution de ce problème crucial.
- Procéder à la mise sur pied d'un groupe de travail composé au moins des responsables de l'application de la loi, des services correctionnels, de la justice, des services de santé et des services sociaux, de la toxicomanie, et des perspectives propres aux collectivités, afin de mener une étude de faisabilité visant la mise en œuvre d'un projet de recherche scientifique et médical relativement à des sites d'injection supervisés au Canada.
- Améliorer la surveillance des situations entourant l'usage des drogues par injection et ses répercussions au Canada grâce à la collecte de données, à des études ciblées et à des recherches pour évaluer les causes, les cofacteurs et l'efficacité des interventions.
- Promouvoir, auprès des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'application de la loi et de la justice, des personnes qui s'injectent des drogues, des détenus dans les services correctionnels et la collectivité en général, l'éducation et la diffusion des connaissances sur l'usage des drogues par injection, ses facteurs déterminants et ses effets sur la société et la santé.
- Mener des recherches sur l'attitude des Canadiens et des Canadiennes à l'égard des principes et de certaines stratégies de réduction des méfaits dus à l'usage de drogues injectables.

Le leadership et la coordination au niveau national

Il existe une coordination et une collaboration notables à l'échelle nationale à l'égard de l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues, du VIH/sida, de l'hépatite C et à l'égard d'autres questions liées à l'usage des drogues par injection par l'entremise de groupes de travail interministériels, de comités fédéraux/provinciaux/territoriaux, etc. Il faut cependant que les liens entre les mécanismes existants soient renforcés pour que la collaboration et le dialogue continuent d'être centrés sur la question à facettes multiples de l'usage de drogues injectables.

Par exemple, pour se concentrer sur la réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection, il faut établir de solides partenariats entre le secteur de la santé et celui de l'application de la loi. Cette collaboration permet de réduire les tensions, de développer des synergies et de veiller à ce que les deux secteurs travaillent ensemble à l'atteinte d'objectifs qui se complètent. Les activités de chaque secteur ne doivent pas entraver celles de l'autre. En fait, cette collaboration entre les secteurs de la santé et de l'application de la loi aux niveaux national, provincial et territorial est crucial pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection.

Une initiative, Partenariat des secteurs de la santé et des services de police (PSSSP), à laquelle prennent part des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, favorise la coopération entre les secteurs de la santé et des services de police à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale.

Mesures préconisées

- Établir un dialogue concerté permettant un leadership à de multiples niveaux sur l'usage des drogues par injection.
- Favoriser l'émergence de leadership et d'une étroite collaboration entre les collègues provenant d'autres ministères et juridictions pour encourager l'adoption de politiques et de pratiques qui visent à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection.
- Stimuler la concertation multisectorielle grâce à des mécanismes comme l'initiative de partenariats entre les secteurs de la santé et des services de police, pour atteindre les buts de ce plan d'action.
- Compte tenu de l'ampleur du problème au Canada, il est évident que le fait d'investir dans la réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection permettra de réduire les coûts en matière de santé et sur le plan social. Il est opportun d'analyser les ressources et de les affecter ou de les réorienter en fonction de cette importante question sociale et du domaine de la santé.

7. Prochaines étapes

Pour entreprendre les prochaines étapes visant à contrer l'usage des drogues par injection, les gouvernements et autres intervenants doivent :

- reconnaître que l'usage des drogues par injection constitue un problème urgent tant au plan social qu'en matière de santé, nécessitant des mesures à court et à long termes;
- adopter les objectifs et les principes soulevés dans le présent document;
- appuyer la collaboration continue entre les collègues fédéraux, provinciaux et territoriaux et autres intervenants pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection;

- soutenir les mesures prioritaires qui ont été déterminées pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection et faire preuve de leadership dans leur juridiction respective;
- à partir du cadre de travail, élaborer des plans d'action stratégique globaux visant à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.

8. Conclusion

L'usage des drogues par injection constitue un problème d'ordre social et de santé dont les coûts sont élevés et qui a des répercussions désastreuses sur les utilisateurs, les familles et les collectivités. Il est temps que l'on établisse un dialogue à l'échelle nationale sur différents niveaux et qu'on prenne des mesures globales. Ce dialogue et ces mesures doivent notamment, prendre en compte la gravité de l'usage des drogues par injection ainsi que le respect des droits et la dignité de ceux qui s'injectent des drogues, exprimer le point de vue de la population en matière de santé, permettre de travailler dans le contexte élargi de la Stratégie canadienne antidrogue, de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et démontrer l'existence d'un engagement envers une approche à long terme, concertée et multisectorielle.

Il est temps de constater l'ensemble des preuves démontrant qu'il est urgent de s'occuper de l'usage des drogues par injection au Canada. Il est temps que tous les secteurs et tous les intervenants travaillent ensemble au renouvellement de leur engagement à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection. C'est maintenant qu'il faut agir pour que ceux qui s'injectent des drogues, de même que l'ensemble des Canadiens, puissent envisager un avenir plus sain.

Annexe A
Description détaillée des questions sociales et des questions relatives à la santé

Introduction

La consommation de drogues par injection constitue un problème important et croissant en matière de santé publique au Canada. En fait, les méfaits associés à l'usage de drogues par injection atteignent des proportions alarmantes dans de nombreuses collectivités du Canada. La consommation de drogues par injection représente la plus grande partie du taux de mortalité et d'hospitalisation attribué à la consommation de drogues illicites et constitue une cause majeure du VIH, de l'hépatite et d'autres infections transmissibles par le sang. Elle est également associée au dysfonctionnement familial et à la criminalité. L'usage des drogues par injection constitue un problème majeur dans les communauté autochtones et les établissements correctionnels. Parmi les autres populations à risque il y a, notamment, les jeunes de la rue, les femmes, les enfants, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les travailleurs (travailleuses) du sexe. Les problèmes reliés à l'usage des drogues par injection ont d'importantes répercussions sur la recherche, sur les programmes de prévention du VIH et de l'hépatite de même que sur les programmes de réduction des méfaits dans les établissements correctionnels et dans la population en général.

La présente annexe est un survol des facteurs déterminants de l'usage inapproprié des drogues ainsi que des questions sociales et des questions relatives à la santé reliées à l'usage des drogues par injection au Canada. On y retrouve des renseignements sur l'ampleur de l'usage des drogues par injection et sur les caractéristiques socio-démographiques des Canadiens qui s'injectent des drogues. On y retrouve ensuite une discussion sur les répercussions de l'usage des drogues par injection, notamment sur le plan de la santé, sur le plan social et sur le plan économique. On y présente des indicateurs de la gravité du problème chez les autochtones, chez les détenus et auprès d'autres populations marginalisées.

Facteurs déterminants de l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues

La pauvreté, le fait d'être sans-abri, le manque d'éducation, le dysfonctionnement familial, l'usage inapproprié d'alcool ou d'autres drogues par les parents, les problèmes de santé mentale et un historique de violence infantile sont tous des facteurs déterminants qui rendent les gens à plus haut risque au plan de l'usage inapproprié ou de l'injection de drogues et qui font en sorte que ceux-ci puissent contracter un virus hématogène, subir une surdose ou souffrir d'autres méfaits connexes. Par exemple, la pauvreté, le manque d'éducation, un niveau scolaire peu élevé et le mécontentement à l'école sont des facteurs de risque d'usage inapproprié chez les jeunes.[38] L'éclosion du VIH à Vancouver a été étroitement liée au partage des seringues et à l'instabilité du logement.[39] Le manque de logements adéquats est un problème pour de nombreuses personnes habitant les quartiers centraux des villes de même que pour les autochtones des Premières nations.

Tant les hommes que les femmes qui font un usage inapproprié des drogues ont été victimes de violence au cours de leur enfance. De nombreuses études sur les femmes en cure de désintoxication démontrent que de 53 % à 85 % d'entre elles ont vécu l'inceste ou ont été agressées sexuellement.[40] Des histoires de négligence et d'agressions au cours de l'enfance ont été recensées auprès d'adultes et de leurs partenaires sexuels qui s'injectent des drogues.[41, 42] Les adolescents qui ont été victimes de violence sexuelle sont également considérés comme étant à risque élevé de contracter le VIH.[43] Le taux des infections transmises sexuellement et des problèmes d'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues est plus élevé chez les travailleurs (travailleuses) du sexe que dans la population en général. Les enfants qui s'adonnent à la prostitution juvénile ont, pour la plupart, été victimes d'agressions sexuelles au cours de leur enfance.[44]

Le dysfonctionnement familial est également associé à l'augmentation du risque d'usage inapproprié des drogues. Plusieurs jeunes qui s'injectent des drogues ne font que reproduire des comportements parentaux.[45] L'accessibilité à des services de soutien et à des modèles positifs peut aider les gens à prendre leurs problème en main et leur éviter des comportements à risque élevé comme l'usage de drogues par injection.

The Prince Albert Seroprevalence Study, une étude conjointe sur la séroprévalence réalisée par le district de santé de Prince Albert, Saskatchewan Health et Santé Canada, démontre que les 247 personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels ont déclaré que les adultes qui les ont élevées avaient des problèmes d'alcool dans une proportion de 65 %, d'usage inapproprié des drogues dans une proportion de 18 % et des problèmes de santé mentale dans une proportion de 34 %; 63 % d'entre elles ont déclaré avoir été témoins de violence entre leurs parents et 58 % d'entre elles n'ont pas vécu chez elles pendant au moins un an avant l'âge de 16 ans. Ces taux ressemblent à ceux que l'on retrouve dans d'autres études.[46]

L'ampleur de l'usage de drogues par injection au Canada et ses liens avec les déterminants de la santé

Les estimations nationales de l'ampleur de l'usage des drogues par injection au Canada ne sont pas très précises[1]. Les études provinciales indiquent cependant qu'il y a 30 000 personnes qui s'injectent des drogues en Ontario (1997)[47], 15 000 en Colombie-Britannique (1998)[48] et 23 000 au Québec (1996)[49]. En se fondant sur les estimations des provinces et des villes, on peut considérer qu'il y a environ 100 000 personnes qui s'injectent des drogues illicites au Canada. De plus, 29 % des jeunes gens qui consomment des stéroïdes déclarent le faire par injection ce qui indique que 25 000 autres Canadiens s'injectent des stéroïdes[50].

1 Un des principaux motifs du manque d'estimations plus précises sur l'ampleur de l'usage de drogues par injection au Canada est que les renseignements sur les taux et le type de consommation de drogues illicites reposent essentiellement sur des données d'enquête. Il est reconnu que les enquêtes tendent à sous-représenter les segments clés à risque de la population, notamment ceux qui n'ont pas le téléphone, les sans-abri, les citoyens qui sont hospitalisés ou en institution et que les répondants ont souvent tendance à ne pas déclarer entièrement leur consommation de drogues illicites.

Ainsi, la meilleure estimation du nombre total de Canadiens qui s'injectent des drogues illicites ou des stéroïdes serait d'environ 125 000.

C'est à Montréal, Toronto et Vancouver que l'usage des drogues par injection est la plus répandue. On estime qu'à elles seules, ces trois villes réunies comptent près de 37 000 utilisateurs de drogues par injection.[51] Bien que le problème soit plus apparent dans les grands centres urbains, il n'est en aucune façon confiné à ces endroits. Les utilisateurs de drogues par injection sont des gens mobiles qui peuvent se déplacer entre les villes et les diverses régions du pays[52,53].

Les drogues par injection les plus fréquentes sont la cocaïne et l'héroïne. Cependant, le Talwin, le Ritalin, les amphétamines et les stupéfiants pharmaceutiques comme la morphine ont également été utilisés par injection dans certaines régions du Canada à certains moments. La drogue qui vient au premier rang chez les utilisateurs de drogues par injection dans la plupart des villes canadiennes est la cocaïne, suivie de l'héroïne[54]. C'est là une source de préoccupation en soi puisque l'usage de la cocaïne comporte des risques particuliers de maladie infectieuse. Les personnes qui s'injectent de la cocaïne peuvent le faire jusqu'à 20 fois par jour, ce qui augmente les problèmes de recherche de seringues propres et d'échange de seringues contaminées[55].

Les enquêtes sur la population en général rejoignent relativement peu de personnes qui s'injectent des drogues et ne contiennent généralement pas de questions sur l'usage des drogues par injection. Certaines études particulières et des données sur divers traitements constituent donc les principales sources de renseignements sur les caractéristiques des Canadiens qui s'injectent des drogues. L'analyse de l'ensemble des recherches sur les personnes qui consomment des drogues révèle qu'il existe vingt études canadiennes sur les personnes qui s'injectent des drogues participant à des programmes d'échange de seringues ou suivant un traitement[56]. Le portrait tiré de ces données du Canadien moyen qui s'injecte des drogues est celui d'un homme relativement jeune, libre de liens familiaux, peu instruit, à faible revenu et sans emploi.

Ces études révèlent que le rapport homme/femme varie de 1.6:1[57] à 6.1:1[58] , faisant ainsi ressortir les différences au plan des besoins des clientèles et en matière d'accès aux services. La moyenne globale est de l'ordre de 3 à 1, ce qui indique qu'environ un quart des personnes qui s'injectent des drogues sont des femmes. Il n'y a aucune tendance apparente de l'augmentation du nombre de femmes qui s'injectent des drogues. La plupart des études indiquent que les femmes sont un peu plus jeunes que les hommes[59].

Ces études révèlent que l'âge moyen des personnes qui s'injectent des drogues est de 28 à 35 ans mais qu'en plusieurs endroits, un grand nombre d'entre elles ont moins de vingt ans. Ainsi, une étude réalisée à Québec en 1996 indique qu'un utilisateur sur cinq de drogues par injection est un adolescent[60]. Bien qu'il soit difficile de distinguer des tendances avec un nombre restreint d'études, il y a des indications que l'âge moyen des clients qui participent aux programmes d'échange de seringues a quelque peu augmenté au cours des dernières années.

L'âge moyen que l'on retrouve dans les cinq études les plus récentes est de 32 ans, ce qui est supérieur à toutes les études antérieures.

On ne fait état de l'état matrimonial des personnes qui s'injectent des drogues que dans cinq des 20 études. Bien que la proportion de célibataires varie beaucoup, allant de 38 % à Toronto[61] jusqu'à 76 % en Alberta[62], les cinq études révèlent que les personnes qui s'injectent des drogues sont surtout des célibataires par rapport à la population en général de même que par rapport aux autres consommateurs de drogues illicites.

Les Canadiens qui s'injectent des drogues semblent avoir un niveau de scolarité inférieur à ceux qui ne s'en injectent pas. Bien qu'il semble y avoir une vaste de gamme de niveaux de scolarité parmi les personnes qui consomment des drogues par injection, la majorité de celles-ci est constituée de décrocheurs du secondaire dans de nombreuses collectivités, si ce n'est dans la plupart d'entre elles. Une étude démontre que le pourcentage de personnes n'ayant pas terminé leur secondaire et qui s'injectent des drogues est de 81 % à Vancouver[63], de 63 % dans une communauté semi-rurale de la Nouvelle-Écosse[64], de 61 % à Québec[65], de 57 % à Calgary[66], et de 52 % à Edmonton[67]. Il semble qu'il y ait plus de consommateurs de drogues par injection qui aient terminé leurs études secondaires à Toronto que dans les autres villes du pays puisque 37 % d'entre eux seulement ont un niveau de scolarité inférieur au secondaire[68]. Mais, même à Toronto, le niveau de scolarité des personnes qui consomment des drogues par injection est de beaucoup inférieur à celui des consommateurs de drogues illicites qui ne s'en injectent pas.

La plupart des études qui portent sur le traitement indiquent que la majorité des Canadiens qui s'injectent des drogues n'ont pas d'emploi régulier. Le taux de chômage chez les consommateurs de drogues par injection varie, étant de 43 % au cap Breton[69], de 88 % à Montréal[70], de 87 % à Edmonton[71], et de 77 % à Toronto[72]. On a découvert que 88 % des personnes qui s'injectent des drogues à Vancouver vivent de l'aide sociale[73]. Il n'est donc pas surprenant que les Canadiens qui s'injectent des drogues soient généralement à faible revenu.

La plupart des études ne mentionnent pas les revenus. Il convient de noter cependant qu'à Montréal deux personnes sur cinq qui s'injectent des drogues gagnent moins de 10 000 $ par année et que 71 % d'entre elles ont un revenu inférieur à 25 000 $[74].

On retrouve d'autres données sur les personnes qui s'injectent des drogues dans une étude réalisée en 1997 portant sur 114 personnes de Toronto qui ne suivent pas de traitement, consommatrices d'héroïne et d'autres opiacés[75]. Les sujets ayant fait l'objet de la recherche ont été partiellement échantillonnés à partir d'un sondage « en boule de neige ». Les données obtenues ne peuvent être considérées comme étant représentatives; néanmoins, elles représentent probablement les meilleurs renseignements disponibles sur les personnes consommatrices d'héroïne et d'autres opiacés qui ne suivent aucun traitement. Les consommateurs d'opiacés sont des polytoxicomanes. La quasi totalité des sujets (92 %) consomment de l'héroïne et la vaste majorité d'entre eux (80 %) consomment de l'héroïne ou divers opiacés avec d'autres drogues : 64 p. cent consomment du cannabis, 60 % des benzodiazépines, 58 % de la cocaïne, 33 % du crack et 13 % des barbituriques.

L'étude de Toronto sur les consommateurs de drogues qui ne suivent pas de traitement vient corroborer ce qu'ont démontré les études sur les consommateurs qui suivent un traitement en ce qui a trait aux caractéristiques socio-démographiques. Plus de quatre personnes sur cinq étaient de sexe masculin (82 %) et la majorité d'entre elles étaient âgées de 31 à 40 ans (55 %). Environ la moitié d'entre elles (48 %) vivaient dans un logement permanent alors que 52 % vivaient dans un logement temporaire comme les maisons de refuge et les maisons de chambre ou n'avaient tout simplement pas de domicile fixe. Moins d'une personne sur dix (9 %) avait des enfants de moins de 18 ans dont elle était responsable. Près de la moitié d'entre elles (47 %) n'avait eu aucun emploi rémunéré au cours des six derniers mois et seulement une personne sur six (17 %) avait un emploi rémunéré au moment de l'enquête. Les principales sources de revenu étaient les prestations sociales (chez 75 % des répondants), les activités illégales (67 %) de même que des dons ou des prêts provenant de la famille et d'amis (49 %). Le revenu mensuel moyen était de 2 238 $ dont la plus grande partie provenait de la prostitution et d'autres activités illégales[76].

L'étude portant sur les toxicomanes aux opiacés qui ne suivent pas de traitement fournit également des renseignements supplémentaires sur les endroits où les drogues sont consommées et sur la forte incidence de troubles mentaux chez les Canadiens qui s'injectent des drogues. Les endroits où la consommation de drogues par injection est la plus fréquente sont chez soi (73 % des répondants), chez quelqu'un d'autre (66 %), dans les toilettes publiques (46 %), dans une auto (35 %), sur la rue ou dans une ruelle (25 %), dans un escalier ou dans un couloir (21 %), dans un immeuble abandonné (10 %), dans un parc ou dans un terrain de jeux (9 %) et dans une fumerie de crack ou dans une piquerie (6 %). On a relevé un taux élevé de troubles mentaux chez les toxicomanes à Toronto. Soixante-quatorze p. cent d'entre eux ont souffert d'anxiété grave au cours des trente derniers jours alors qu'il y en a 85 % qui en souffrent sur une base permanente. Cinquante-sept p. cent ont souffert de dépression grave au cours des trente derniers jours et 82 % en souffrent sur une base permanente. On a également répertorié d'autres troubles mentaux usuels, notamment les fortes idées suicidaires (57 % en sont atteints sur une base permanente et 16 % en ont souffert au cours des trente derniers jours), les hallucinations (40 % en sont affectés sur une base permanente et 12 % l'ont été au cours des trente derniers jours) et les tentatives de suicide (32 % de cas sur une base permanente et 3 % au cours des trente derniers jours). Deux personnes sur cinq ont reçu une médication par ordonnance pour un trouble de santé mentale à un certain moment de leur vie[77].

Les méfaits

L'usage des drogues illicites et particulièrement l'usage des drogues par injection sont associées à toute une gamme de problèmes dont les troubles de santé et les conséquences sociales négatives telles la criminalité, le dysfonctionnement familial, la toxicomanie et les problèmes au travail. Le personnel des services de santé municipaux, des services sociaux, des services de police et des services correctionnels est confronté à une tâche qui devient de plus en plus difficile en ce qui a trait à l'usage inapproprié des drogues illicites et à ses conséquences au niveau local.

La consommation de drogues illicites par injection n'est pas seulement une cause directe d'infection par le VIH et par l'hépatite C et d'autres maladies transmissibles; elle constitue également un facteur important de mortalité et d'hospitalisation provenant d'autres causes chez les jeunes. L'usage des drogues par injection est aussi une cause contributive des crimes contre la propriété, des crimes avec violence et a des répercussions négatives sur la productivité.

Les répercussions sur la santé

De récentes estimations des décès et de la morbidité attribuables à la consommation de drogues indiquent que les principales causes de décès imputables à la consommation de drogues illicites sont les surdoses, le suicide et le sida[78, 79] , toutes ces causes étant étroitement reliées à l'usage des drogues par injection. Le nombre total de décès attribués aux drogues illicites au Canada en 1995 était évalué à 804[80]. De ce nombre, 329 étaient des cas de suicide et 297 des cas de surdose de cocaïne, d'héroïne ou d'autres drogues illicites. Le sida est une autre importante cause de décès reliée aux drogues illicites, 83 décès dus au sida ayant été imputés à l'usage des drogues par injection au cours de l'année en question.

L'usage des drogues par injection est également un important facteur de la morbidité reliée aux drogues. Il y a eu environ 6 925 cas d'hospitalisation résultant de la consommation de drogues illicites au Canada en 1995[81]. La majeure partie de la morbidité reliée aux drogues fait l'objet de traitements de la dépendance aux drogues. Il semble, en outre, que la plupart des cas d'hospitalisation dus à la consommation de drogue impliquent des personnes qui s'injectent des drogues. Les plus grands nombres de cas d'hospitalisation imputables aux drogues étaient des cas de psychose due aux drogues (1 777), de dépendance à la cocaïne (980) et de dépendance aux opiacés (736). Il y a cependant eu, également, un nombre considérable de cas d'hospitalisation reliés à des causes connexes, notamment les cas d'agressions reliées aux drogues (975), d'empoisonnement psychotrope (602) et d'empoisonnement aux opiacés (511). Il y a également eu, en 1995, 194 cas d'hospitalisation où le sida a été diagnostiqué comme étant imputable à l'usage des drogues par injection[82]. D'autres problèmes de santé sont aussi associés à l'usage des drogues par injection, notamment les abcès, les infections, les phlébites et les endocardites.

La gravité des problèmes de santé associés à la consommation de drogues est encore davantage mise en évidence par les renseignements contenus dans l'étude sur les personnes consommatrices d'opiacés ne suivant aucun traitement à Toronto[83]. Plus de la moitié d'entre elles ont déclaré éprouver de graves problèmes de santé au moment de l'enquête. Quatre personnes sur cinq (80 %) ont consulté un médecin pour un problème de santé, près des deux tiers (62 %) ont utilisé les services d'urgence et le tiers d'entre elles ont été hospitalisées au cours des douze derniers mois. La moitié des sujets ont souffert d'une surdose au cours de leur vie et une personne sur dix en en subi une au cours du dernier mois. Un tiers des personnes qui ont subi des surdoses ont déclaré n'avoir jamais reçu de soins médicaux à cet effet[84].

Le lien existant entre l'usage des drogues par injection et les infections transmissibles par le sang est particulièrement préoccupant. Il est bien reconnu que l'usage des drogues par injection et des stéroïdes constitue un important facteur de risque pour contracter le VIH, l'hépatite ou d'autres maladies transmissibles. Les personnes qui consomment des drogues par injection peuvent transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels par des contacts sexuels et à d'autres personnes qui s'injectent des drogues par le partage de seringues. Dans ce dernier cas, la transmission de la maladie peut se produire par le transfert du sang d'une personne infectée à une autre lors de le partage de seringues souillées ou d'autres accessoires d'injection de drogues. Quarante p. cent des personnes qui consomment des drogues ont des relations sexuelles avec des personnes qui n'en consomment pas[85].

De plus, de nombreuses personnes qui consomment des drogues ou les partenaires sexuels de celles-ci sont des femmes en âge de procréer. Ces dernières risquent donc de transmettre le VIH au fœtus ou à leur enfant durant l'accouchement ou en l'allaitant. L'usage des drogues par injection comporte donc d'importants risques de transmission d'infections hématogènes comme le VIH et l'hépatite C.

Bien que l'usage des drogues par injection soit la cause d'un important nombre de décès et de cas d'hospitalisation dus au sida, elle revêt une importance plus grande encore du fait qu'elle constitue un facteur de risque croissant des nouveaux cas d'infection par le VIH. Le taux de cas d'adultes VIH séropositifs imputables à l'usage des drogues par injection a augmenté, passant de 8,9 % qu'il était avant 1995 à 29,8 % en 1995, à 33,8 % en 1996, à 33 % en 1997, à 28,4 % en 1998 et à 28,3 % en 1999[86]. On remarque des tendances similaires en ce qui a trait à l'incidence de l'hépatite B et de l'hépatite C. On estime qu'entre 210 000 et 275 000 Canadiens sont infectés par l'hépatite C. On estime également qu'il peut y avoir 4 500 nouveaux cas d'infection par l'hépatite C annuellement au Canada dont au moins 63 % seraient reliés à l'usage des drogues par injection[87]. On a enfin évalué qu'environ un tiers des nouveaux cas d'infection par l'hépatite B étaient, eux aussi, reliés à l'usage des drogues par injection.

Bien que les questions de santé mentale et l'usage des drogues par injection puissent, d'autre part, comporter un haut niveau de co-occurences, il se peut également qu'une maladie mentale ne soit pas diagnostiquée ou ne soit pas traitée chez ceux qui s'injectent des drogues. De récentes études épidémiologiques démontrent qu'entre 30 % et 60 % des personnes souffrant de problèmes dus aux drogues se sont vu diagnostiquer une maladie mentale comme des troubles de personnalité, une dépression majeure, de la schizophrénie et des troubles bipolaires[88]. Les personnes souffrant de schizophrénie constituent un faible pourcentage de la population faisant un usage inapproprié des drogues. Cependant, le taux d'usage inapproprié des drogues chez les personnes souffrant de schizophrénie est remarquablement élevé. Les personnes faisant un usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues tout en souffrant d'une maladie mentale risquent, encore plus que d'autres, d'avoir des comportements qui augmentent le danger d'infection par le VIH/sida et par l'hépatite C comme, par exemple, l'échange de seringues. En outre, un trouble mental concurrent peut compliquer le traitement de nombreuses façons. La recherche démontre par exemple que les personnes souffrant de dépression clinique ont beaucoup de difficulté à résister aux signaux environnementaux qui les font rechuter.

Les répercussions sur le plan social

Outre ces répercussions sur la santé, un certain nombre de problèmes d'ordre social font également l'objet de préoccupations. Dans la dernière enquête nationale sur la consommation de drogues, on a demandé à ceux qui consommaient des drogues quels étaient les méfaits résultant de la consommation de celles-ci. Le problème le plus souvent mentionné était l'effet négatif sur la santé (mentionné par 18 % des répondants); un nombre important de répondants ont cependant mentionné les problèmes au niveau du travail ou des études (13 %), les problèmes financiers (13 %) ou les problèmes avec les amis (11 %), les problèmes à la maison (10 %), avec l'époux ou l'épouse/ le ou la partenaire (6 %), avec les enfants (3 %)[89].

Les effets cognitifs des drogues, y compris les effets négatifs sur la mémoire à court terme, sur l'attention et sur l'organisation de renseignements complexes, peuvent avoir une incidence négative sur le rendement au travail et la performance scolaire de ceux qui s'injectent des drogues. Comme on l'a mentionné plus haut, les personnes s'injectant des drogues qui suivent un traitement[90] et les personnes ne suivant pas de traitement qui consomment des opiacés[91] ont un faible niveau de scolarité et constituent un groupe où le taux de chômage est exceptionnellement élevé. La consommation de drogues et particulièrement l'usage des drogues par injection sont également reliées aux troubles familiaux de même qu'à la violence conjugale et à la violence envers les enfants[92].

L'usage inapproprié des drogues est également relié, de diverses façons, à la criminalité. D'une part, la possession de drogues illicites est une infraction criminelle en soi. D'autre part, il a été établi que l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues était la source d'autres types de crimes. La consommation chronique ou dépendante de drogues dites « dures », comme l'héroïne, la cocaïne, le crack ou les amphétamines, est souvent considérée comme étant une cause contributive des crimes contre la propriété, particulièrement les cambriolages et les vols. Les voies de fait, les homicides et d'autres crimes avec violence font partie de « guerres de territoire » dans le marché des drogues illicites.

Il ne fait aucun doute que l'injection de drogues illicites et les activités criminelles sont étroitement reliées. Les criminels connaissent un taux de consommation de drogues illicites anormalement élevé[93, 94]. Jusqu'à 80 % des contrevenants déclarent avoir consommé des drogues illicites au cours de leur vie, de 50 % à 75 % ont des traces de drogues dans leur urine au moment de leur arrestation et près de 30 % d'entre eux étaient sous l'influence de drogues au moment de commettre le crime pour lequel ils sont accusés[95]. Les personnes qui participent aux programmes d'échange de seringues ou qui suivent un traitement pour toxicomanie ont souvent un dossier criminel[96]. Ainsi, plus de quatre personnes sur cinq (81 %) qui s'injectent des drogues à Toronto ont déjà été emprisonnées depuis qu'elles ont commencé à consommer des drogues par injection[97].

Il faut cependant noter que le lien de causalité entre la consommation de drogues et la criminalité n'est pas établi avec précision. Plusieurs personnes dépendantes de drogues adoptent une façon de vivre qui peut être imputable à la fois à leur consommation de drogue et à leur comportement criminel. Un certain nombre d'études longitudinales ont démontré que la consommation de drogues et la criminalité sont reliées à un ensemble similaire de variables

socio-démographiques et de personnalité, notamment la pauvreté, de faibles perspectives de carrière ou de revenus et un faible niveau d'investissement dans les valeurs sociales[98, 99, 100]. Il fait peu de doute que les drogues constituent un lien de causalité dans le cas de certains crimes, mais le fait qu'un crime soit commis par un consommateur de drogues, même si ce dernier est sous l'influence de drogues, ne signifie pas nécessairement que le crime en question puisse être imputable à la consommation de drogues. Quelques crimes sont imputables aux effets pharmaceutiques des drogues elles-mêmes. Un grand nombre de crimes sont cependant imputables aux drogues du fait que les consommateurs doivent se procurer les drogues dont ils ont besoin dans un marché illicite violent où les prix sont élevés. Le rapport entre la consommation de drogues et la criminalité tient en grande partie du fait que certaines personnes ont un mode de vie qui est lié à la fois à ces deux éléments : il n'est pas assuré qu'il n'y aurait pas de criminalité même s'il n'y avait pas de consommation de drogues.

Les conséquences économiques

Les coûts économiques reliés à la consommation de drogues illicites au Canada ont été évalués à plus de 1,37 milliard de dollars en 1992[101]. Bien qu'il n'y ait pas d'estimation des coûts économiques qui soient uniquement imputables à l'usage des drogues par injection, il est évident qu'une partie importante, sinon la plus grande partie, des coûts reliés à la consommation de drogues se rapporte à l'usage des drogues par injection. Un grand nombre de décès et de crimes associés à la drogue sont imputables à l'usage des drogues par injection. Le coût économique le plus important (823 millions de dollars) provient de la perte de productivité causée par la morbidité et les décès prématurés. Une autre importante partie de ces coûts (400 millions de dollars) est affectée à l'application de la loi. Une grande partie des coûts en soins de santé directs liés aux drogues, lesquels sont évalués à 88 millions de dollars, sont aussi attribuables à l'usage des drogues par injection. Les dépenses gouvernementales directes en Colombie-Britannique en ce qui à trait à l'usage des drogues par injection ont été évaluées à 96 millions de dollars en 1997, dont 17 millions pour les soins de santé et 79 millions pour les services de police[102].

Ces estimations de coûts proviennent de modèles fondés sur la prévalence qui évaluent l'incidence économique d'une consommation antérieure de drogues. D'autre part, les estimations fondées sur l'incidence tiennent compte des répercussions économiques présentes et à venir de nouveaux cas d'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues pendant l'année en cours. Compte tenu des périodes de latence relativement longues des infections transmissibles par le sang comme dans le cas de l'hépatite et du VIH, une grande partie des coûts liés aux infections actuelles causées par l'injection de drogues continuera de croître. Les estimations fondées sur l'incidence indiqueront donc des coûts économiques plus élevés en matière d'usage de drogues par injection que les estimations fondées sur la prévalence.

En Ontario par exemple, selon une étude sur les personnes qui s'injectent des opiacés, on a évalué qu'il en coûtait directement 49 000 $ par année au gouvernement pour une personne qui s'injecte des drogues et qui ne suit aucun traitement[103]. Ce sont des coûts particulièrement élevés pour les Canadiens qui s'injectent des drogues et qui sont VIH séropositifs. Le coût total direct en soins médicaux de chaque cas de VIH est évalué à environ 150 000 $[104, 105, 106]. Il y a eu au Canada, en 1996, environ 2 100 nouveaux cas de VIH imputables à l'usage des drogues par

injection. Ces personnes (c'est-à-dire les personnes qui ont contracté le VIH à la suite d'usage de drogues par injection en une année seulement) représentent donc un coût total à vie que l'on peut évaluer à 315 millions de dollars.

Nous ne disposons d'aucune estimation des coûts inhérents au traitement d'une personne infectée par l'hépatite C, mais il y a présentement une étude en voie de réalisation sur les répercussions économiques de l'hépatite C au Canada. Nous savons d'autre part qu'une série de traitement au Rebetron, un médicament d'usage courant contre l'hépatite C, peut coûter jusqu'à 30 000 $ pour chaque personne infectée. Une transplantation du foie peut coûter jusqu'à 250 000 $[107]. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, il y a eu 338 transplantations du foie au Canada en 1998[108]. Le Conseil de recherches médicales estime que 217 de ces transplantations étaient imputables aux infections par l'hépatite C en 1999. On prévoit que ce chiffre triplera d'ici 2008 et que l'hépatite C deviendra la première cause de transplantation du foie[109]. Compte tenu que la prévalence de l'hépatite C est beaucoup plus élevée que l'infection par le VIH, on prévoit que les coûts médicaux reliés au traitement de cette maladie dépasseront ceux du VIH.

Les populations qui sont particulièrement à risque

L'usage des drogues par injection, les comportements à risque de même que les divers problèmes sociaux et problèmes de santé associés à la consommation de drogues par injection sont des éléments particulièrement courants chez certains segments marginalisés et vulnérables de la population canadienne. Ces segments de population sont constitués des autochtones, des détenus, des jeunes de la rue, des enfants victimes d'abus sexuels, des femmes, des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les travailleurs/travailleuses du sexe.

Les autochtones

Il est bien reconnu que les autochtones du Canada constituent une population à risque particulièrement élevé en ce qui a trait à l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues et à l'usage des drogues par injection[110, 111]. Les autochtones souffrent de nombreux handicaps sociaux souvent associés à cet usage inapproprié : la pauvreté, le manque d'éducation, une structure familiale instable, la violence physique et le manque de réseaux de soutien social[112]. Ces handicaps sociaux ont été accélérés ou exacerbés par la discrimination, par les répercussions de l'expérience des écoles résidentielles et par les obstacles aux soins de santé comme les obstacles au plan de la langue et le manque de services adéquats ou adaptés à la culture. Selon le Réseau juridique canadien VIH, la discrimination trouve ses racines dans une histoire constituée d'oppression, de racisme, de colonisation et est largement responsable de l'incidence hors de proportion du VIH/sida dans les communautés autochtones.

En raison du taux élevé de mortalité due aux accidents, au suicide, à la mauvaise alimentation, à l'accessibilité inadéquate aux soins de santé et à divers autres motifs, les autochtones ont tendance à avoir une espérance de vie plus courte d'où le fait que leurs communautés comptent plus de jeunes que les autres.

On ne connaît pas l'ampleur de l'usage des drogues par injection chez les autochtones. Une étude réalisée au Manitoba montre des taux de consommation de drogues très élevés chez ces derniers, y compris la consommation d'héroïne et de cocaïne[113]. L'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues constitue un important facteur du taux élevé de décès associés aux accidents et au suicide chez les autochtones[114].

Les autochtones sont surreprésentés parmi la clientèle des programmes d'échange de seringues et de traitement pour toxicomanie dans l'ouest du Canada[115]. On constate, dans cinq études portant sur le caractère ethnique de la clientèle des programmes d'échange de seringues ou de traitement pour toxicomanie, que la proportion de la clientèle autochtone varie, étant de 27 % dans le cas d'un programme d'échange de seringues de Vancouver[116] et allant jusqu'à 64 % dans le cas d'admissions à des programmes de traitement pour toxicomanie en Saskatchewan[117]. Ces pourcentages sont beaucoup plus élevés que la proportion d'autochtones par rapport à la population en général. En 1996, les autochtones constituaient 3 % de la population.

De plus, le taux d'infection par le VIH est plus élevé chez les autochtones du Canada que chez les non-autochtones. La proportion d'autochtones atteints du sida est passée de 1 % qu'elle était avant 1990 à 15 % en 1999. Les autochtones atteints du sida sont plus jeunes, surtout des femmes, et ont probablement été surtout infectés par l'injection de drogues, encore plus que chez les non-autochtones[118]. En 1999, environ 24 % des cas de sida chez les autochtones étaient dus à l'injection de drogues. Mais par-dessus tout, la majorité (60 %) des nouveaux cas d'infection par le VIH chez les autochtones, entre 1995 et 1997, étaient imputables à l'usage des drogues par injection. On retrouve également ces tendances nationales en ce qui a trait au VIH/sida et à l'usage des drogues par injection chez les autochtones dans les renseignements provenant des provinces. En Colombie-Britannique par exemple, un groupe de travail sur le VIH/sida chez les autochtones conclut que 16 % des nouveaux cas d'infection par le VIH se retrouvent chez les autochtones alors que ceux-ci ne constituent que de 4 à 5 % de la population de cette province[119]. En Saskatchewan, on retrouve environ la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH chez les autochtones.

Bien qu'on ne possède actuellement pas beaucoup de données sur les infections par le VIH chez les autochtones, des preuves préliminaires tendent à démontrer que ce virus a une incidence importante. Par exemple, une étude réalisée auprès de 500 personnes de la rue à Winnipeg, dont 52 % étaient des autochtones, a démontré que 20 % des participants des Premières nations et 22 % des participants métis étaient atteints de l'hépatite C[120].

Les détenus

Les détenus constituent une population à risque élevé en ce qui a trait à l'usage des drogues par injection, au VIH et à d'autres maladies transmissibles par le sang. Bien que l'incidence du VIH ou d'autres maladies pouvant provenir de l'usage des drogues par injection chez les prisonniers soit une source de préoccupation en elle-même, les répercussions de cette incidence sur la collectivité dans son ensemble constituent un autre facteur préoccupant. Un grand nombre de prisonniers circulent d'une prison à

l'autre, de la prison à la collectivité et ainsi de suite. L'existence de l'usage de drogues par injection dans les prisons et le comportement des prisonniers risquent d'entraîner la propagation des infections transmissibles par le sang comme le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C à l'ensemble du système et aux collectivités[121]. Compte tenu des risques accrus que représente pour les collectivités la remise en liberté de prisonniers qui peuvent avoir été infectés par le VIH, par l'hépatite C ou par d'autres maladies pendant leur emprisonnement, la prévention et le traitement des méfaits provenant de l'usage des drogues par injection dans les prisons constituent d'importantes questions de santé publique pour tous les citoyens.

Comme on l'a déjà mentionné, le taux d'usage de drogues par injection chez les détenus est élevé[122]. Même en prison, ceux-ci continuent de consommer des drogues. Une étude sur un groupe type démontre que 56 % des prisonniers de cinq établissements correctionnels fédéraux et provinciaux ont consommé des drogues illicites et que 28 % d'entre eux ont utilisé des drogues par injection au cours des 12 derniers mois de leur incarcération[123]. Dans une étude menée auprés d'un petit groupe de détenus, une auteure affirme que 25 % des personnes à l'étude ont dit avoir fait l'usage de drogues par injection pour la première fois pendant qu'elles étaient en prison[124]. Sauf exception, les prisonniers qui s'injectent des drogues n'ont pas accès à des seringues stériles et risquent donc fortement d'être infectés par des infections transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C. De fait, on a constaté que le partage de seringues était plus fréquent à l'intérieur des prisons qu'à l'extérieur.

La majorité des prisonniers qui s'injectent des drogues (64 %) déclarent partager les seringues. L'activité sexuelle est également chose commune dans les prisons : 37 % des femmes détenues et 15 % des prisonniers de sexe masculin déclarent avoir des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe[125]. Un tiers de prisonniers déclarent s'être fait tatouer, ce qui représente également un risque d'infection si l'équipement utilisé n'est pas stérile.

La prévalence du VIH chez les détenus d'une prison à sécurité moyenne de Montréal était évaluée à 5,6 % entre 1990 et 1992[126]. Hankins et ses collègues ont établi que 7 % des prisonniers incarcérés au Québec étaient VIH séropositifs en 1993 et que ce pourcentage était supérieur dans le cas de ceux qui s'injectent des drogues (13 %)[127] Jurgens note une augmentation de 40 % des cas de VIH et de sida dans les prisons de 1994 à 1995[128]. Le taux d'infection par l'hépatite C est également très élevé chez les détenus. On rapporte que 18 % des détenus fédéraux étaient atteints de l'hépatite C en octobre 1999[129]. L'étude sur un groupe type de détenus de cinq établissements correctionnels fédéraux dont on a parlé plus haut indique que 21 % des détenus ont été informés qu'ils étaient atteints de l'hépatite C[130].

De plus, une étude sur des détenus d'un pénitencier fédéral à sécurité moyenne révèle que la prévalence de l'hépatite C a augmenté de 28 % à 33 % sur une période de trois ans et que cette augmentation était principalement reliée à la consommation de drogues à l'extérieur de la prison[131].

Les problèmes de consommation de drogues par injection chez les autochtones et chez les détenus sont interreliés. Les autochtones sont surreprésentés dans la population carcérale. Ainsi, des 1 962 personnes incarcérées dans les établissements correctionnels fédéraux de la région du Pacifique en 1997, 20 % étaient des autochtones[132]. Dix-huit p. cent des détenus dans les prisons fédérales sont des autochtones[133].

Les autochtones qui sont emprisonnés sont également plus à risque que les détenus non-autochtones d'utiliser des drogues par injection. Une étude récente démontre que les jeunes contrevenants autochtones âgés de 12 à 15 ans risquaient cinq fois plus que les jeunes contrevenants non-autochtones d'utiliser des drogues par injection[134].

Autres populations particulièrement à risque : les jeunes de la rue, les femmes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les travailleurs/travailleuses du sexe.

Les jeunes de la rue : cette expression se rapporte aux enfants et aux adolescents qui sont socialement écartés de leurs homologues traditionnels et qui sont sans abri, soit de façon périodique ou de façon permanente[135]. On croit, qu'en général, la principale voie qui mène à ce mode de vie marginal est le résultat de violence physique, émotionnelle et/ou sexuelle à la maison[136]. Il n'y a aucune estimation scientifique valide de la population de jeunes de la rue au Canada bien qu'on l'évalue à 150 000[137]. La consommation de drogues illicites est particulièrement élevée chez ces jeunes. Une étude nationale réalisée à divers endroits en 1988 sur les jeunes de la rue et le sida fait état d'un taux élevé de consommation de drogues illicites chez les jeunes de la rue[138].

Des études subséquentes ont également montré des taux élevés de consommation de drogues illicites chez les jeunes de la rue à Toronto[139, 140] et à Halifax[141]. L'étude de 1992 sur les jeunes de la rue de Toronto révèle que 92 % d'entre eux ont déclaré consommer du cannabis, 64 % de la cocaïne, 39 % du crack et 70 % du LSD[142]. Ces taux sont beaucoup plus élevés que les taux de consommation de drogues chez les jeunes qui vivent chez eux[143].

Le taux d'usage de drogues par injection est également particulièrement élevé chez les jeunes de la rue. Roy et ses collègues concluent que 36 % des jeunes de la rue de Montréal s'injectent des drogues, avec un taux élevé d'initiation à l'injection de drogues, sur une période de 1,5 an, auprès des jeunes qui ne s'en injectent pas[144, 145]. Le partage de seringues et les pratiques sexuelles non protégées sont monnaie courante chez les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues.

On a évalué que la proportion des jeunes de la rue qui s'injectent des drogues et qui sont atteints du VIH était de 4 % et qu'elle était de 18 % dans le cas de l'hépatite C[146]. Chez les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues, le risque d'infection par le VIH est associé au bas âge, au chômage et à la prostitution.

Les femmes : les femmes ont moins tendance que les hommes à consommer des drogues ou à s'injecter des drogues. Cependant, les femmes constituent une population vulnérable à d'autres égards. Les femmes sont physiologiquement plus vulnérables que les hommes à la transmission par voie sexuelle du VIH et d'autres maladies[147]. De nombreux auteurs ont souligné que les femmes avaient souvent moins de pouvoir dans leurs rapports avec les hommes et qu'elles avaient de la difficulté à négocier avec les hommes des pratiques sexuelles sécuritaires comme l'usage du condom[148, 149]. De plus, les femmes qui consomment des drogues dépendent souvent de leurs homologues masculins en ce qui a trait à leur drogue, ou à l'échange de sexe contre de l'argent ou de la drogue, ce qui augmente le risque qu'elles contractent une maladie transmissible. Il est à noter que les interventions auprès des femmes sont difficiles à effectuer en raison de leur isolement social relatif. Les cas de VIH et d'hépatite C peuvent provenir de la transmission périnatale du VIH ou du virus de l'hépatite au fœtus d'une mère infectée par l'usage de drogues par injection. Ces problèmes sont souvent accrus par d'autres facteurs de risque associés à l'usage des drogues par injection, notamment la mauvaise alimentation, la pauvreté et le manque d'accessibilité à des soins prénataux.

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes : il peut y avoir des risques particuliers de VIH et d'autres infections chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes parce que l'usage inapproprié de l'alcool et des autres drogues peut parfois conduire à des pratiques sexuelles non protégées comme par exemple le sexe anal non protégé. La prévalence du sexe anal non protégé est élevée chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui consomment des drogues[150]. Par exemple, une étude portant sur un groupe type réalisée dans six villes américaines montre une « fréquence élevée de relations sexuelles non protégées avec la consommation de drogues et une préférence marquée pour les relations sexuelles lorsque sous l'influence de drogues[151]. » Il est à noter cependant que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui consomment des drogues illicites n'ont des pratiques sexuelles dangereuses qu'avec des partenaires sexuels irréguliers; ils n'ont pas de comportements sexuels dangereux avec des partenaires réguliers[152]. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui utilisent des drogues par injection sont ceux qui risquent le plus de contracter le VIH/sida.

Les travailleurs/travailleuses du sexe : les travailleurs/travailleuses du sexe constituent une population à risque élevée parce que leur travail implique de nombreux contacts sexuels avec un grand nombre de personnes susceptibles d'être infectées.

Le travail de l'industrie du sexe n'est pas officiellement enregistré dans les programmes de dépistage du VIH/sida. La plupart des renseignements que nous avons sur les travailleurs et travailleuses du sexe sont fondés sur des échantillons des jeunes de la rue ou de personnes qui s'injectent des drogues, ce qui peut ne pas être représentatif de l'ensemble des mode de vie des travailleurs et travailleuses du sexe[153, 154]. Le peu de preuve dont nous disposons démontrent que les travailleurs du sexe sont tout à fait conscients des risques que représentent le VIH et toute autre infection sexuellement transmissible[155]. Une enquête nationale portant sur les hommes (National Men's Survey) révèle que les travailleurs du sexe n'étaient définitivement pas prêts à avoir des relations anales non

protégées comparativement à d'autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes[156]. Comme c'est le cas chez ceux-ci en général, les travailleurs du sexe sont généralement conscients des risques que représente le sexe non protégé et ont modifié leurs pratiques sexuelles pour réduire les risques inhérents au VIH et à d'autres infections[157]. Les travailleurs du sexe demeurent néanmoins à risque élevé de contracter le VIH.

Une étude réalisée à Toronto révèle que 10 des 16 jeunes de la rue VIH séropositifs ont vendu des services sexuels à un client masculin au cours des six derniers mois[158]. Read et ses collègues rapportent que 11 % des jeunes de la rue qui ont vendu des services sexuels étaient VIH séropositifs[159]. Une étude portant sur les jeunes de la rue de Vancouver en arrive à la conclusion que, malgré le fait que les travailleurs du sexe n'ont pas plus de comportements sexuels dangereux que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ils demeurent à risque plus élevé de contracter le VIH en raison de la fréquence des contacts sexuels, de l'usage des drogues par injection et des conditions de vie instables[160]. De la même façon, les travailleuses du sexe sont particulièrement à risque de contracter le VIH et autres infections sexuellement transmissibles, comparativement aux autres femmes, étant donné qu'on les force souvent à accepter des relations sexuelles non protégées. Les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont des pratiques sexuelles non protégées constituent un lien par lequel le VIH peut se propager de ces personnes à d'autres qui ne s'en injectent pas.

Annexe B
Initiatives menées au pays et à l'étranger

Traitement et réadaptation en matière de toxicomanie au Canada

Au Canada, la plupart des programmes et services de traitement et de réadaptation en matière de toxicomanie relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Le gouvernement collabore avec les provinces et les territoires pour stimuler la création de programmes de traitement et de réadaptation innovateurs, évaluer les programmes, inventorier des meilleures pratiques et diffuser l'information dans tout le pays. Santé Canada gère aussi le Programme de traitement et de réadaptation en matière de toxicomanie (PTRAT), grâce auquel les provinces et les territoires obtiennent du financement pour améliorer l'accès à des programmes et à des services efficaces.

Les services canadiens en matière de traitement et de réadaptation comprennent ce qui suit : des services de désintoxication, le dépistage et l'intervention précoce, l'évaluation et la référence pour une prise en charge, l'intervention thérapeutique et clinique. Le traitement est offert en clinique externe, traitement de jour, par hospitalisation ou en centre de réadaptation. On a créé des programmes de traitement et de réadaptation adaptés aux besoins uniques de certains groupes cibles de la population, comme les femmes, les jeunes, les autochtones, les contrevenants pris à conduire avec facultés affaiblies et les détenus en milieu carcéral. Il existe des dispositions dans la loi actuelle visant à encourager des solutions de rechange à l'incarcération, telles le traitement et la réadaptation, dans des cas appropriés.

Le traitement et la réadaptation ont évolué de façon significative au cours des dernières décennies[161]. Avant les années 50, les attitudes moralistes caractérisaient les traitements, et la plupart des personnes avaient un accès limité aux traitements puisqu'on croyait de façon générale que ces personnes manquaient de volonté ou avaient des problèmes de personnalité. Dans les années 50 et 60, on estimait que l'alcoolisme, en particulier, était une « maladie » évitable et soignable plutôt qu'un symptôme de faiblesse morale, et les programmes de guérison en 12 étapes gagnèrent en popularité. À la fin des années 50, la plupart des provinces et des territoires avaient mis en place des services, des commissions ou des fondations en vue d'assurer ou de coordonner des traitements de la toxicomanie, et plusieurs nouveaux services ont été offerts. À mesure que des problèmes autres que ceux reliés à l'alcool ont commencé à se développer, ces organismes ont élargi leur mandat pour faire face à ces nouveaux problèmes. Le milieu des années 60 a été marqué par une expansion rapide des services en matière de toxicomanie. En Colombie-Britannique, on a tenté de soumettre les héroïnomanes à des traitements obligatoires, mais on a fait face à un grand nombre de problèmes reliés aux droits de la personne et à la perception du public[162]. Dans les années 80, les organismes provinciaux et territoriaux sont devenus relativement indépendants au sein de leurs systèmes respectifs de santé et de services sociaux, les services se sont diversifiés et spécialisés pour répondre aux besoins des divers groupes cibles et divers traitements fondés sur des théories sociales, cognitives et comportementales sont apparus.

Traitement à la méthadone

Sur le plan international, le traitement à la méthadone continue d'être le traitement le plus utilisé pour répondre aux besoins des personnes qui utilisent des drogues par injection opiacées. Il a été prouvé qu'il a contribué à améliorer l'état de santé, à accroître l'emploi, à faciliter l'accouchement, à réduire l'usage d'opiacés et d'autres drogues, ainsi que l'activité criminelle et les emprisonnements, et de plus, il a des effets économiques bénéfiques sur la société. On a aussi démontré qu'il prévient la transmission d'infections transmissibles par le sang. Une étude a révélé qu'après quatre ans, les personnes qui n'avaient reçu aucun traitement avaient 4,2 fois plus de chances d'être séropositives que celles qui avaient suivi un traitement à la méthadone pendant deux ans ou plus[163].

La méthadone a l'avantage de pouvoir être prise par voie orale, d'avoir une action lente, de ne pas entraîner de tolérance continue, de permettre l'administration de doses relativement constantes au fil du temps, de ne pas causer d'états euphoriques ni de somnolence, d'avoir une action prolongée et de bloquer les états euphoriques de l'héroïne. De plus, elle est sécuritaire sur le plan médical lorsque prescrite et délivrée de façon appropriée, même si elle est utilisée à long terme.

Les recherches américaines révèlent que les activités criminelles reliées à l'usage de l'héroïne entraînent des coûts sociaux quatre fois plus élevés que les coûts du traitement à la méthadone. Des économies se situant entre 4 à 13 dollars américains sont réalisées pour chaque dollar consacré au traitement à la méthadone[164]. À Toronto, on a évalué dernièrement que les coûts sociaux moyens d'un consommateur d'opiacé s'élevaient à 49 000 $ par année[165]. Le traitement à la méthadone coûte environ 6 000 $ par année.

L'Australie, l'Angleterre, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne ont largement eu recours au traitement à la méthadone au cours de ces dix dernières années. Ce traitement a été étroitement associé à d'autres services essentiels proposés aux personnes qui utilisent des drogues par injection, comme l'échange de seringues, le travail de milieu, les actions d'entraide, les programmes d'éducation et les réseaux d'utilisateurs de drogues par injection.

Au Canada, le Bureau des substances contrôlées de Santé Canada contrôle la vente et la production de méthadone. Pour prescrire de la méthadone, les médecins doivent recevoir une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Lors des consultations, les professionnels de la santé, les organismes de réglementation et les utilisateurs de méthadone ont souligné la nécessité d'accroître au Canada l'accès à des traitements à la méthadone efficaces. Au Canada, 699 médecins sont autorisés à prescrire de la méthadone pour la dépendance aux narcotiques. Les intervenants ont indiqué que ce nombre n'est pas suffisant pour répondre à la demande.

Les provinces commencent à assumer certaines responsabilités dans l'administration du traitement à la méthadone mais, à l'heure actuelle, elles en sont à différents stades de la mise au point et de l'application. La Colombie-Britannique précède les autres provinces dans l'administration de la méthadone et a élaboré des directives et des programmes de formation destinés aux médecins. L'Ontario et le Québec ont aussi mis au point des directives et des

programmes de formation pour les médecins. Les autres provinces, dont l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, sont en train de faire de même. Certaines provinces exigent des frais des patients pour le traitement à la méthadone.

Au Canada, le traitement à la méthadone est offert principalement dans les cliniques communautaires et de plus en plus, dans les cabinets des médecins, les établissements correctionnels fédéraux et certains établissements de détention provinciaux. Un grand nombre de médecins hésitent à prescrire de la méthadone pour la dépendance aux opiacés en raison des stigmates, du manque d'expérience dans le domaine des dépendances, et dans les communautés rurales, du sentiment d'être isolé des autres services essentiels.

Au Canada, le traitement à la méthadone est disponible dans les établissements de détention fédéraux si le détenu suivait un tel programme avant son incarcération. La première phase du programme de traitement à la méthadone dans les établissements de détention fédéraux a été modifiée en mars 1999 pour permettre dans des « circonstances exceptionnelles » la possibilité d'offrir un traitement à la méthadone à un détenu si celui-ci a épuisé tous les traitements et programmes disponibles; si la santé du contrevenant continue d'être compromise par la dépendance et s'il y a un besoin urgent d'intervention immédiate. La Colombie-Britannique, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan, le Manitoba et le Québec poursuivent des programmes de traitement à la méthadone en prison pour les détenus qui participaient à un tel programme dans la collectivité.

Solutions de rechange en pharmacothérapie

En 1997, les pays ont présenté aux Nations Unies les programmes de désintoxication par administration de drogues de substitution qu'ils utilisaient pour les héroïnomanes[166]. La Suisse et le Royaume-Uni ont dit utiliser la buprénorphine, l'Allemagne et la Suisse, la codéine, l'Allemagne, la dihydrocodéine, le Portugal, le LAAM, le Guatemala, le Mexique et la Suisse, la morphine et le Guatemala, la péthidine. Depuis lors, les États-Unis ont approuvé le traitement au naltrexone et au LAAM. La France a approuvé l'usage de la buprénorphine. On s'attend à ce que l'Australie ajoute la buprénorphine à sa liste de traitements approuvés.

Aux États-Unis, on a fait des recherches approfondies sur l'usage du traitement au LAAM pour vaincre la dépendance aux opioïdes. On a constaté que le traitement au LAAM était comparable au traitement à la méthadone en ce qui concerne la réduction de l'usage de drogues illicites, le maintien du traitement, l'emploi, la participation à des activités criminelles et les arrestations[167]. Le LAAM a une action lente qui dure longtemps, ainsi le patient ne doit se rendre à la clinique que tous les deux ou trois jours.

La méthadone nécessite des visites quotidiennes dans les premiers stades du traitement. Le LAAM n'est pris qu'en clinique, prévenant ainsi son détournement et sa revente sur le marché noir. Le LAAM semble être le plus efficace auprès des patients qui nécessitent moins de visites en clinique. Toutefois, on estime qu'il est moins efficace pour les personnes qui tireraient profit des soins et de la supervision intensives que procurent les visites quotidiennes. On compte quelques rapports de toxicité, mais elle est généralement reliée à l'usage de plusieurs drogues. Les risques de surdose sont élevés si le LAAM est pris conjointement avec de l'alcool,

des sédatifs, des tranquillisants, des antidépresseurs et des benzodiazépines. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on prescrit le LAAM à des patients qui souffrent de maladies hépatiques ou respiratoires ou encore de troubles de conduction cardiaque.

Plusieurs essais à la buprénorphine ont démontré son efficacité pour traiter des patients dépendants des opioïdes[168]. La buprénorphine réduit la consommation d'héroïne, bloque les effets subjectifs et physiologiques des autres opiacés et augmente la rétention du traitement. On peut la retirer ou en diminuer la dose avec assez de facilité. Toutefois, on peut en faire un mauvais usage. Combiner la buprénorphine avec le naloxone atténue ce problème. Même si la buprénorphine n'est pas disponible sur le marché canadien, les médecins peuvent l'obtenir grâce au Programme d'accès spécial de Santé Canada en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues*, pourvu que la compagnie qui la produit soit prête à en fournir.

Il n'y pas de traitement de substitution à la cocaïne au Canada.

Prescription d'héroïne

Dans certains pays dotés de systèmes perfectionnés de traitement à la méthadone, une proportion élevée d'héroïnomanes résiste ou est réfractaire à ce mode de traitement. Ces personnes ont tendance à être des consommateurs de longue date, comptent plusieurs tentatives infructueuses de traitement au méthadone et ont souvent des problèmes psychiatriques.

Pour venir en aide à ces personnes, le Royaume-Uni, qui fait appel depuis longtemps à la prescription d'héroïne[169], utilise cette forme de traitement pour environ 1,5 % des héroïnomanes. Au début des années 90, le gouvernement suisse a entrepris des essais d'héroïne à des fins médicales pour traiter les héroïnomanes réfractaires[170]. L'essai a révélé des avantages économiques nets de 30 dollars américains par client, par jour, provenant en grande partie de la réduction des coûts en matière de justice criminelle et de soins de santé. Le succès de ces essais et les résultats d'un référendum ont convaincu le gouvernement suisse d'avoir recours au traitement à l'héroïne en tant que séquence de traitement des personnes ayant épuisé les autres traitements.

Les Pays-Bas ont entrepris un essai scientifique rigoureux de traitement à l'héroïne, et d'autres pays (p. ex. l'Allemagne et l'Espagne) prévoient mettre sur pied des projets. Un consortium scientifique nord-américain, le *North American Opiate Medication Initiative* (NAOMI), est à mettre au point une proposition d'essai clinique.

Il est important de souligner que même dans les pays qui testent et utilisent la prescription de l'héroïne en tant que traitement destiné à une partie de la population, le traitement à la méthadone continue d'être le choix par excellence et le plus utilisé pour la majorité des patients.

Programmes d'échange de seringues

Les programmes d'échange de seringues sont bien implantés en Angleterre, aux Pays-Bas, en Australie et en Suisse[171]. Au Royaume-Uni, les programmes d'échange de seringues ont connu un développement rapide au cours des années 80 et au début des années 90. Pendant cette période, le nombre des pharmacies qui vendaient des accessoires d'injection aux utilisateurs de drogues a augmenté. La rapidité de cette évolution faisait partie d'une stratégie globale de réduction des méfaits qui comprenait la « promotion active de pratiques à risques réduits auprès des utilisateurs de drogues par injection »[172].

Dans un nombre croissant de prisons suisses, allemandes et espagnoles, on procure des seringues stériles aux prisonniers[173]. Ces programmes ont donné des résultats positifs, y compris la réduction du taux d'exposition aux seringues souillées du personnel des services correctionnels et le retrait des seringues souillées de la circulation. Une évaluation des programmes d'échange de seringues dans les prisons suisses a révélé ce qui suit : la consommation de drogues n'a pas augmenté; on ne s'est pas servi des seringues comme arme; il n'y a pas eu de blessures causées par les seringues; il y a eu une nette diminution des échanges des seringues entre les détenus; il n'y a pas eu de nouveaux cas de VIH ni d'hépatite C; les abcès entourant les piqûres n'ont pas augmenté; il y a eu une diminution des sanctions reliées à la drogue; les surdoses et les suicides ont diminué et le programme a reçu un meilleur accueil du personnel[174].

Les programmes d'échange de seringues sont bien implantés dans certaines régions du Canada et font partie des stratégies de réduction des méfaits causés par l'usage des drogues par injection, mais il est nécessaire de les améliorer et de les accroître, en particulier dans les collectivités rurales, et d'envisager des projets pilotes dans les centres de détention. Les programmes d'échange de seringues n'ont jamais été mis à l'essai dans les prisons canadiennes. Les programmes d'échange de seringues devraient faire partie d'un programme d'accès aux services qui véhicule des messages éducatifs au sujet des risques que posent les injections pour la santé et qui comprend la distribution de trousses de désinfection à l'eau de Javel et de condoms, des conseils sur l'élimination sécuritaire des seringues souillées, des services de counselling sur la toxicomanie et le VIH, des tests de dépistage du VIH, des services d'évaluation et de soutien ainsi que d'autres services.

Sites d'injection supervisés

Certains pays ont établi des sites où les utilisateurs peuvent apporter leur propres drogues et se les injecter dans un milieu sous surveillance et sans risque. D'autres pays envisagent cette option. L'utilité des sites d'injection supervisés a été mise à l'étude dans de nombreux pays. Il semblerait que l'objectif principal ait été de prévenir les incidents mortels en fournissant un milieu hygiénique et une surveillance médicale. Ces sites d'injection sans risques permettent aussi d'offrir des services connexes, comme des programmes d'échange de seringues.

Par exemple, on trouve des salles d'injection depuis plusieurs années dans quelques grandes villes d'Allemagne. À Francfort, on a associé les sites d'injection sans risques aux services de réduction des méfaits, qui comprennent des aires de repos de jour ou de nuit et des programmes d'échange de seringues. Le programme de Francfort a atteint les objectifs visant à améliorer la santé de la population et l'ordre public dans le centre de la ville tout en réduisant de manière significative le nombre d'utilisateurs de drogues sans abri, les incidents criminels et la violence liés à la drogue, ainsi que les morts liées à la drogue[175]. Au Luxembourg, un projet de loi parlementaire a été déposé pour proposer de lier des salles d'injection hygiéniques et une assistance médicale.

La Suisse a également inclus l'installation de sites d'injection supervisés à sa stratégie globale d'assistance aux utilisateurs de drogues, qui comprend des programmes d'entretien à l'héroïne, d'échange de seringues et de traitement à la méthadone. Les fonctionnaires suisses rapportent que, étant donné leur stratégie globale et leur capacité à venir en assistance aux utilisateurs de drogues, les sites d'injection supervisés ont été perçus comme la prochaine étape logique dans l'aide à apporter aux personnes qui ont des problèmes de drogue.

Des discussions sur les sites d'injection supervisés ont également été menées au Danemark[176].

Les États membres des Nations Unies et *l'International Narcotics Control Board* ont discuté des sites d'injection supervisés lors de la quarante-troisième session de la Commission des stupéfiants. Le conseil a exprimé l'opinion suivante : « ...les gouvernements, en autorisant des sites d'injection et en tolérant des abus du genre, pourraient être perçus comme étant en train de contrevenir aux traités internationaux de contrôle des drogues en facilitant et/ou en encourageant la commission des crimes...{et de violer} l'esprit sinon la lettre des traités internationaux de contrôle des drogues. »

D'autres représentants ont cependant exprimé une opinion contraire, en déclarant que les salles d'injection n'étaient pas en contradiction avec les traités internationaux de contrôle des drogues, et ont expliqué certains avantages pratiques des salles d'injection liés à une assistance accrue aux toxicomanes non encore rejoints par les services existants[177].

Aucun consensus ne s'est dégagé à l'issue de la réunion de la Commission (tenue en mars 2000) relativement à la question de savoir si oui ou non les sites d'injection supervisés contrevenaient aux traités internationaux de contrôle des drogues.

Les groupes et les réseaux d'utilisateurs de drogues

Plusieurs pays ont reconnu l'importance de la participation des toxicomanes au développement et à la mise en oeuvre des stratégies, des politiques, des programmes et des initiatives qui les concernent. On a donc créé des groupes et des réseaux d'utilisateurs de drogues afin de donner à ces personnes la possibilité d'influencer les changements à apporter. Des groupes officiels existent dans certaines des villes importantes du Canada, comme Vancouver, Montréal, Regina et Toronto, et des groupes et des réseaux non organisés font leur apparition partout au pays.

Un des principaux agents du succès de l'action menée en Australie a été les différents partenariats mis en place entre les groupes d'utilisateurs de drogues par injection, le gouvernement et les professionnels de la santé. Depuis la fin des années 80, le gouvernement australien a créé un certain nombre de groupes d'utilisateurs dont les dirigeants et le personnel ont de solides liens personnels avec la communauté des utilisateurs de drogues par injection et sont souvent d'anciens utilisateurs de drogues par injection. Ils sont financés de façon à pouvoir offrir des seringues et fournir de l'information sur certaines questions comme le VIH/sida, l'hépatite B et C, les méthodes d'injection sans risques, la surdose et les mélanges de drogues dangereux. Ils sont considérés comme une source crédible et facilement accessible d'informations primaires et d'aiguillage, et offrent des liens précieux entres les utilisateurs de tels services, comme le traitement de l'alcoolisme et d'autres drogues, le counselling, et les services de santé ou sociaux.

Information et éducation des toxicomanes sur la réduction des méfaits

Le matériel éducatif sur les drogues s'adressant aux populations à risques et traitant spécialement de la réduction des méfaits est facilement accessible dans certains pays alors que, dans d'autres, il est très controversé et souvent inaccessible. L'objectif de ce matériel n'est pas de promouvoir l'usage, mais d'expliquer aux personnes qui les utilisent la manière de réduire les risques liés à l'usage des drogues, en particulier aux surdoses, à la transmission du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmissibles par le sang. Dans de nombreux pays, les travailleurs de milieu distribuent du matériel éducatif, des seringues, des préservatifs et des trousses de désinfection à l'eau de Javel en plus d'aider les utilisateurs à entrer en contact avec les autres services[178].

Au Royaume-Uni, on dispense une formation sur la réduction des méfaits aux adolescents, sachant que prendre des risques et expérimenter des drogues sont des comportements d'adolescents. Le matériel éducatif procure une information sérieuse aux adolescents sur la manière de réduire les divers risques, dont ceux qui concernent la santé, s'ils utilisent ou sont sur le point d'utiliser des drogues.

Au Canada, les informations sur la réduction des méfaits et le matériel éducatif sont souvent distribués par l'entremise des programmes communautaires d'échange de seringues et des groupes et des réseaux d'utilisateurs de drogue.

Programmes de déjudiciarisation de la toxicomanie

Les programmes de déjudiciarisation de la toxicomanie sont dotés de mécanismes visant à détourner les personnes aux prises avec des problèmes de drogue du système judiciaire classique. Dans les tribunaux de traitement de la toxicomanie, les contrevenants accusés d'infractions moins graves en matière de drogues (déclaration sommaire de culpabilité) sont dirigés vers des tribunaux spécialisés où l'on met au point un plan personnalisé de traitement

et de réadaptation qui comporte une combinaison de supervision judiciaire, de traitement global d'abus de substance, de tests aléatoires et fréquents de dépistage de drogues, de récompenses et de sanctions, de gestion de cas cliniques et de services auxiliaires.

Aux États-Unis, les tribunaux de traitement de la toxicomanie existent depuis plus de 10 ans, l'abstinence et un comportement respectueux des lois sont les objectifs visés. Ces tribunaux connaissent des bons taux de rétention (60 % chez les adultes, 70 % chez les jeunes), et les résultats indiquent que l'usage de drogues et l'activité criminelle connaissent une réduction importante pendant le traitement et jusqu'à un an après[179]. À ce jour, quelque 200 000 personnes ont été référées aux tribunaux de traitement de la toxicomanie aux États-Unis. Par personne, les coûts reliés aux tribunaux de traitement de la toxicomanie s'élèvent à environ 2 000 dollars américains par année, comparativement à entre 20 000 et 50 000 dollars pour l'incarcération[180].

L'Union européenne tente de mettre en place des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Néanmoins, certains pays membres n'ont pas les infrastructures judiciaires ni les ressources suffisantes pour adopter de telles mesures de rechange. L'Australie et l'Irlande ont mis sur pied des programmes pilotes, les résultats de l'évaluation devraient être dévoilés sous peu[181].

Au début de 1999, le gouvernement australien a approuvé et mis de côté une somme dépassant les 110 millions de dollars en vue de mettre en place, d'évaluer et d'administrer des programmes de déjudiciarisation relativement aux drogues[182]. Ces programmes sont destinés aux personnes qui ont peu ou pas d'antécédents criminels et sont arrêtées pour usage ou possession de petites quantités de drogues illicites. Les délinquants violents ne sont pas admissibles. Le programme mis en place à New South Wales consiste en un tribunal spécial du traitement de la toxicomanie vers lequel les contrevenants admissibles sont référés par les autres tribunaux[183]. On suspend la peine des participants pendant qu'ils entreprennent un traitement pour toxicomanie personnalisé. Les participants qui ne s'y conforment pas peuvent se voir imposer une amende ou jusqu'à 14 jours d'emprisonnement. La ville de Victoria met en pratique un processus de cautionnement; les auteurs d'une infraction liée aux drogues sont référés par la police pour fins d'évaluation et de traitement dans les cinq jours suivant leur arrestation[184]. Le financement de ces programmes de déjudiciarisation est assuré par les ministères de la santé et du maintien de l'ordre des gouvernements fédéral, d'état et provinciaux[185].

Au Canada, un tribunal de traitement de la toxicomanie a été mis sur pied le 1er décembre 1998 à Toronto. D'une durée de quatre ans, le projet pilote[186] est destiné aux délinquants toxicomanes non violents sous la dépendance du crack, de la cocaïne ou des opiacés. Les participants volontaires terminent le programme lorsqu'ils atteignent une stabilité sociale du point de vue de l'hébergement, de l'éducation et/ou de l'emploi et lorsqu'ils cessent leur consommation de cocaïne et/ou d'opiacés. Le programme achevé, les participants peuvent purger leur peine en milieu ouvert ou voir leurs accusations retirées.

Au Canada, les tribunaux de traitement de la toxicomanie constituent une approche plus humaine à l'incarcération pour faire face aux crimes mineurs liés à la drogue. Ils permettent aux personnes ayant de lourds antécédents judiciaires de bénéficier de traitement. Les premiers résultats de l'évaluation du tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto indiquent des taux élevés de rétention et de participation au programme[187]. Les commentaires des participants semblent indiquer que le tribunal de traitement de la toxicomanie constitue une vraie solution de rechange au prononcé de sentence classique et leur donne de l'espoir pour une vie meilleure.

Annexe C
Mesures axées vers une stratégie globale

Une stratégie globale exige un travail de collaboration des partenaires en vue d'atteindre des objectifs communs et des orientations stratégiques à court et à long terme. L'intégration, la coordination et la complémentarité d'un vaste éventail de stratégies aux niveaux local, provincial/territorial, national et international sont aussi nécessaires pour obtenir une stratégie globale. La présente partie comporte un éventail d'initiatives à volets multiples immédiates et à long terme en vue de réduire les méfaits liés à l'usage de drogues par injection. Ces initiatives s'inscrivent dans un cadre d'action visant la prévention, l'accès aux services, le traitement et la réadaptation, la recherche, la surveillance, la diffusion des connaissances ainsi que la coordination nationale. Les mesures en gras sont des mesures qui doivent être prises immédiatement. Les autres visent à réduire les méfaits à long terme.

1. Prévention

- **Développer et promouvoir les initiatives qui abordent les facteurs et les conditions qui peuvent mener des personnes à un usage inadéquat de drogues, spécialement de drogues injectables.**
- **Développer et promouvoir des initiatives qui abordent les facteurs et les conditions qui peuvent mener des personnes à des pratiques d'injection non-sécuritaires.**
- **Développer et promouvoir des initiatives s'adressant aux jeunes à risque élevé et à la prévention de l'injection des drogues.**
- Cerner les lacunes des programmes en cours afin de répondre plus efficacement aux besoins particuliers de différentes populations, comme celles des femmes, des jeunes, des prisonniers, des sans-abri et des autochtones.
- Mettre au point et proposer des outils et des ressources qui permettront aux particuliers, aux familles et aux collectivités d'acquérir des connaissances, de changer de mentalité, d'acquérir des habiletés et d'adopter des comportements sains.
- Promouvoir les efforts de prévention de l'usage inapproprié de substances psychoactives qui tiennent compte des facteurs qui sous-tendent la question de la santé de la population, comme par exemple la marginalisation, la disparité des statuts sociaux et économiques, les niveaux d'éducation et la situation professionnelle, et d'autres questions sous-jacentes.
- Poursuivre la mise au point des stratégies de développement sain des enfants axées sur la question de la santé, qui offrent les meilleures chances aux parents et à leurs enfants d'améliorer leurs conditions de vie et qui préviennent les mauvais traitements infligés aux enfants et les autres types de violence familiale.

- Former les personnes qui s'engagent dans des activités de prévention, comme les intervenants psycho-sociaux, les travailleurs de milieu, les enseignants, les professionnels de la santé, les personnes qui facilitent la formation de groupes d'entraide, les fonctionnaires chargés d'appliquer les lois et le personnel des établissements correctionnels.
- Mettre sur pied des interventions pour repérer les enfants d'âge scolaire (de 5 à 18 ans) qui sont à risques, afin de leur fournir les outils qui leur permettront de se replonger dans un milieu scolaire ou dans leur collectivité, comme par exemple leur capacité de lecture et d'écriture ou leur maîtrise de la colère.

2. L'accès aux soins et services

- **Travailler de concert avec les services policiers et la justice, les divers niveaux de gouvernements, les groupes communautaires et d'autres pour promouvoir l'implantation, l'accès et l'efficacité des programmes d'échange de seringues et réduire les barrières à tous les niveaux, incluant la mise en place de projets pilotes dans les services correctionnels.**
- **Appuyer des initiatives d'action sociale et de réseautage dans toutes les sphères de la société afin de stimuler et d'accroître les initiatives qui visent à réduire les méfaits, à faciliter l'accès à des services sociaux et médicaux, au traitement et à la réadaptation, et promouvoir l'intégration et la réinsertion dans la société (détenus retournant dans leur collectivité après avoir été libérés d'un établissement de détention).**
- **Stimuler la participation des usagers des drogues injectables et des réseaux d'usagers des drogues pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection.**
- Mettre au point des méthodes d'approche innovatrices et faire appel aux intervenants psycho-sociaux et aux travailleurs de milieu pour diffuser des informations aux populations difficiles à rejoindre et pour encourager les adolescents et les jeunes adultes à s'informer sur les services de traitement qui leur conviennent.
- Élaborer de la documentation fondée sur les résultats qui soit sensible aux besoins et à la situation particulière des utilisateurs de drogues par injection, afin de promouvoir des pratiques supervisées en matière d'injection, des pratiques sexuelles sécuritaires et la prévention de maladies infectieuses.
- Développer les réseaux existants afin d'y inclure les services de réduction des méfaits, tels que les programmes d'échange de seringues, la vaccination contre l'hépatite A et B, le Pneumovax, les tests de dépistage de la tuberculose et l'observation directe du traitement, si nécessaire, inclure aussi les tests de dépistage et le traitement des maladies transmissibles sexuellement, les tests de dépistage du VIH et le soutien aux thérapies antirétrovirales.
- Renforcer les liens entre le secteur de la santé et les organismes d'application des lois afin de veiller à ce qu'ils travaillent de concert pour atteindre des buts communs.
- Intensifier le rôle des programmes d'échange de seringues, des pharmacies et des services de santé afin de récupérer les seringues souillées.

3. Traitement et réadaptation

- **Enlever les barrières de façon à accroître la disponibilité de programmes efficaces pour traiter l'usage inapproprié des drogues et favoriser la réadaptation, notamment le traitement de maintien à la méthadone dans toutes les collectivités, y compris les services correctionnels.**
- **Appuyer, en principe, des essais cliniques pour évaluer l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne, du LAAM, de la buprénorphine et d'autres drogues dans le traitement des personnes qui s'injectent des drogues.**
- Veiller à ce que les programmes et les services répondent aux besoins des personnes qui utilisent des drogues, y compris celles qui ont des problèmes liés à l'usage de plusieurs drogues et qui souffrent de maladies mentales, et prendre en considération le genre, l'âge, l'emplacement géographique, les handicaps et l'origine ethnique.
- Veiller à ce que le traitement et les services de réadaptation en matière d'abus de substances psychoactives, les soins et le traitement du VIH/sida et de l'hépatite B et C, ainsi que les services associés, comme le logement et l'emploi, soient disponibles et coordonnés.
- Étudier à fond la question de l'efficacité du traitement pharmacologique de la cocaïnomanie.
- Veiller à ce que les programmes d'étude des professionnels de la santé et des secteurs connexes comprennent les problèmes relatifs à l'usage de drogues par injection.
- Offrir une formation aux professionnels de la santé qui traite particulièrement du traitement à la méthadone, en collaboration avec des associations de professionnels de la santé et d'autres établissements appropriés.
- Promouvoir et améliorer la formation destinée aux membres du personnel des salles d'urgence pour qu'ils sachent intervenir dans des situations de crise, comme la surdose, de manière à ce que les dispensateurs de soins directement concernés puissent fournir un traitement approprié aux personnes en crise.
- Créer des possibilités en matière de formation professionnelle et d'éducation pour que les personnes dont l'état s'est stabilisé puissent en bénéficier.
- S'attaquer aux barrières que constituent la discrimination, la marginalisation et les mesures de coercition, afin de mettre sur pied des interventions efficaces auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection, tout en tenant compte de la situation particulière des personnes infectées par le VIH et/ou l'hépatite C.

4. Recherche, surveillance et diffusion des connaissances

- **Examiner les approches novatrices que d'autres pays utilisent pour traiter l'usage des drogues par injection et évaluer leur application au Canada.**
- **Mettre au point un cadre de référence pour colliger des données régulièrement par l'usage d'indicateurs convenus quant à l'usage des drogues par injection et ses répercussions, mettre au point les outils nécessaires pour rassembler et diffuser les données et l'information pertinentes et surveiller les progrès face à la solution de ce problème crucial.**
- **Procéder à la mise sur pied d'un groupe de travail composé au moins des responsables de l'application de la loi, des services correctionnels, de la justice, des services de santé et des services sociaux, de la toxicomanie, et des perspectives propres aux collectivités, afin de mener une étude de faisabilité visant la mise en œuvre d'un projet de recherche scientifique et médical relativement à un site d'injection supervisé au Canada.**
- **Améliorer la surveillance des situations entourant l'usage des drogues par injection et ses répercussions au Canada grâce à la collecte de données, à des études ciblées et à des recherches pour évaluer les causes, les cofacteurs et l'efficacité des interventions.**
- **Promouvoir l'éducation et la diffusion des connaissances sur l'usage des drogues par injection, ses facteurs déterminants et ses effets sur la société et la santé, et cibler les secteurs de la santé, des services sociaux, de l'application de la loi et de la justice, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus dans les services correctionnels et la collectivité en général.**
- **Mener de la recherche sur l'attitude des Canadiens et des Canadiennes à l'égard des principes et de certaines stratégies de réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection.**
- Établir des liens avec des organismes qui s'y connaissent en usage de drogues et de stéroïdes dans les sports afin d'obtenir des renseignements sur l'usage de stéroïdes et de drogues similaires par injection et sur des interventions efficaces.
- Appuyer les projets de recherche et suivre de près les initiatives locales, nationales et internationales en vue de rassembler des preuves de l'efficacité des approches innovatrices.
- Mener des recherches qualitatives et ethnographiques afin de mieux comprendre certaines questions, telles que le comportement lié à l'usage courante de seringues, et veiller à la plus grande diffusion possible des résultats.
- Déterminer ce qui réussit et ce qui ne réussit pas, afin d'établir les meilleures méthodes de prévention, d'accés aux services, de traitement et de réadaptation.
- Entreprendre des recherches en vue d'analyser les liens qui existent entre l'usage de drogues par injection, le VIH/sida et l'hépatite B et C, et de mettre au point des solutions appropriées à ces problèmes.

- Mettre à l'essai de nouvelles méthodes, comme les tribunaux de traitement de la toxicomanie, afin de répondre au besoin en programmes de déjudiciarisation et en mesures de rechange, pour pouvoir aborder l'usage des drogues par injection comme un problème de santé.
- Mettre au point, mettre en pratique et surveiller l'application des normes en matière d'éthique qui visent à faire participer les personnes qui utilisent des drogues par injection à tous les aspects de la recherche.
- Accroître la fonction du Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) en vue de lui permettre d'agir comme un système de surveillance national efficace et un réseau d'alerte rapide.
- Mettre au point des mécanismes innovateurs afin de diffuser de l'information fondée sur les résultats, comme des tableaux d'affichage électroniques et des conférences par satellite.

5. Leadership et concertation nationale

- **Établir un dialogue concerté permettant un leadership à de multiples niveaux sur l'usage des drogues par injection.**
- **Favoriser l'émergence de leadership et d'une étroite collaboration entre les collègues provenant d'autres ministères et juridictions pour encourager l'adoption de politiques et de pratiques qui visent à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection.**
- **Stimuler la concertation multisectorielle grâce à des mécanismes comme l'initiative de Partenariats entre les secteurs de la santé et des services de police (PSSSP), pour atteindre les buts de ce plan d'action.**
- Assurer une direction et un soutien afin de garantir le suivi et le financement des stratégies de réduction des méfaits causés par l'usage de drogues par injection.
- Reconnaître qu'il faut agir à tous les niveaux, y compris aux paliers fédéral, provincial et territorial, ainsi qu'aux niveaux des organismes non gouvernementaux, des collectivités et d'une grande variété de compétences, y compris en ce qui concerne la santé de la population, les toxicomanies, le VIH/sida, l'hépatite C, la population autochtone, les services correctionnels, la santé mentale, le logement social, la justice, l'application des lois, l'éducation et les secteurs d'emploi.

Références bibliographiques

1. Adlaf, E.M., Paglia, A. et Ivis, F.J. (1999). *Drug use among Ontario students 1977-1999*, série de documents de recherche du CAMH, nº 5, Toronto, ON : Centre for Addiction and Mental Health.

2. Addictions Foundation of Manitoba (septembre 1997). *Student survey. Final report*, Winnipeg, MN : Addictions Foundation of Manitoba.

3. Poulin, C. et Baker, J. (novembre 1998). *Nova Scotia student drug use 1998*, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Drug Dependency.

4. Single, E., Gliksman, L. et LeCavalier, J. (sans date). *Towards a Canadian health research institute on addictions*, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

5. Topp, J. (1994). « HIV infection prevention measures for drug users » (compte rendu), *Second national workshop on HIV, alcohol and other drug use*, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

6. McAmmond and Associates (1997). *Care, treatment and support for injection drug users living with HIV/AIDS*, Ottawa, ON : Santé Canada, 1997.

7. Single, E., Robson, L., Rehm, J. et Xie, X. (1999). « Morbidity and mortality attributable to substance abuse in Canada », *American Journal of Public Health*, 89, 385-390.

8. Single, E., Rehm, J., Robson, L. & Truong, M. (2000). « The relative risks and aetiologic fractions of different causes of disease and death attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1669-1675.

9. Nadeau, L. (1994). « Risk taking contexts among addicts », *Second national workshop on HIV, alcohol and other drug use* (compte rendu), Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

10. Santé Canada (2000). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1999*, Ottawa, ON : Santé Canada.

11. Santé Canada (2000). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada*, Ottawa , ON : Santé Canada.

12. Shabas, R. (1998). *Report of the Meeting of the Expert Panel on Hepatitis C Epidemiology*, 17-18 juin.

13. Zou, S. et al. (2000). *Enhanced Surveillance of Acute Hepatitis B and Acute Hepatitis C in Four Health Regions in Canada, 1998-1999*, Ottawa, ON : Santé Canada.

14. Heintges, T. & Wands, J.R. (1997). « Hepatitis C virus: Epidemiology and transmission », *Hepatology*, 25, 521-526.

15. Blume, S. (1997). « Women and alcohol: Issues in social policy », tiré de *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives*, S. Wilsnack & R. Wilsnack, Rutgers, NJ : Rutgers Centre for Alcohol Studies.

16. Paltrow, L. (1998). « Punishing Women for their behavior during pregnancy: An approach that undermines the health of women and children », tiré de *Drug Addiction Research and the Health of Women*, C.L. Wetherington & A.B. Roman, Washington, DC : National Institute on Drug Abuse.

17. Covenant House (1998). *Information Brochure* Toronto, ON : Covenant House.

18. Radford, J. L., King, A. J. C., Warren, W. K. (1989). *Street Youth and AIDS*, Kingston, ON Santé et bien-être social Canada.

19. Smart, R. G., Adlaf, E. M. (1991). « Substance use and problems among Toronto street youth», *British Journal of Addiction*, 86, 999-1010.

20. Smart, R. G., Adlaf, E. M., Walsh, G. W., Zdanowicz, Y. (1992). *Drifting & Doing: Changes in Drug Use Among Toronto Street Youth, 1990-1992*, Toronto, ON : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

21. Adlaf, E., Zdanowicz, Y., Smart, R. (1996). « Alcohol and other drug use among street-involved youth in Toronto », *Addiction Research*, 4, 11-24.

22. Adlaf, E., Zdanowicz, Y., Smart, R. (1996). « Alcohol and other drug use among street-involved youth in Toronto », *Addiction Research*, 4, 11-24.

23. Scott, K. « Indigenous Canadians », chapitre 5 dans *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, 1997*, D. McKenzie, R. Williams et E. Single, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

24. Single, E. (mars 2000). *A socio-demographic portrait of drug users in Canada*, Ottawa, ON : Santé Canada.

25. Rothon, D., Strathdee, A., Cook, D., & Cornelisse, G.A. (1997). « Determinants of HIV-Related High Risk Behaviours Among Young Offenders: A Window of Opportunity », *Revue canadienne de santé publique*.

26. Calzavara, L., Myers, T., Millson, M. Schlossberg, J., Burchell, A. (1997). *Understand HIV-related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*, Toronto, ON : University of Toronto HIV, Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.

27. Single, E., Robson, L., Xie, X. & Rehm, J. (1998). « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, 93 (7), 983-998.

28. Hanvelt, R., Copley, T., Schneider, D. & Meagher, N. *The Economic Costs and Resource Impacts of HIV/AIDS in BC (Community Health Resource Project, Sept., 1, 1999)*, projet 6610-2372 AIDS du PNRDS.

29. Albert, T. & Williams, G. (1998). *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

30. Meagher, NL et al. (1999). « Cost–effectiveness of the national investment for primary prevention of HIV: an assessment of Canada's investment using a stochastic simulation modeling approach (résumé C300) », présenté lors de la 8e conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH-sida, 1er-4 mai 1999, *Journal canadien des maladies infectieuses* 1999, 10 (Suppl B), 42B.

31. Albert, T. & Williams, G. (1998). *The economic burden of HIV/AIDS in Canada*, Ottawa, ON : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

32. Kahn, J.G. (1996). « The cost-effectiveness of HIV prevention targeting: How much more bang for the buck? », *American Journal of Public Health*, 86 (12).

33. Larke, B. (2 mai 2000). Présentation faite au Groupe de travail FPT sur le VIH/sida des chefs de services correctionnels, Moncton, NB.

34. Institut canadien d'information sur la santé (23 août 2000). Communiqué : Organ Transplant Patients Living Longer.

35. Conseil de recherches médicales (juin 1999). *Identification of a research agenda for the diagnosis, care and prevention of hepatitis C in Canada*.

36. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (septembre 1994). *Strategies for population health. Investing in the health of Canadians*, Ottawa, ON : Santé Canada.

37. Single, E. (1999) *A Harm Reduction Framework for Drug Policy in British Columbia*, document de travail préparé à l'intention du British Columbia Federal/Provincial Harm Reduction Working Group.

38. Wiebe, J (1997). *Addiction: Its position among health determinants*, Alcohol and Tobacco Research Unit, University of Manitoba, Winnipeg.

39. Strathdee, S., Patrick, D., Currie, S., Cornelisse, P., Rekart, M., Montaner. J., Schechter, M., O'Shaughnessy, M. (1997). « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *Le SIDA*, 11, 59-65.

40. Hurley, D.L. (1991) « Women, alcohol and incest: An analytical review », *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253-268.

41. Frankl-Howard, D. (1992). « Family violence: A review of theoretical and clinical literature », Ottawa, ON : Santé et bien-être social Canada.

42. Medrano, M. A., Desmond, D.P., Zule, W.A., Hatch, J.P., (1991). « Histories of Childhood trauma and the effects on risky HIV behaviours in a sample of women drug users », *American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, 25(4), 593-606.

43. Allers C, Benjack K, White J, & Roussey J. (1993). « HIV vulnerability and the adult survivor of childhood sexual abuse », *Child Abuse and Neglect*, 17, 291-298.

44. Badgley, R. (1984). *Sexual offences against children: Report of the committee on sexual offences against children and youth, Volumes 1 & 2*. Ottawa, ON : ministère des Approvisionnements et Services.

45. Nurco, D., Blatchley, R., Hanlon, T., O'Grady, K. (1999). « Early deviance and related risk factors in the children of narcotic addicts », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(1), 25-45.

46. Young, E. (2000), Saskatchewan Health, données non publiées.

47. Remis, R., et al. (1997). *The HIV epidemic among injection drug users in Ontario: the situation in 1997*, rapport présenté au Bureau de la lutte contre le sida, ministère de la Santé de l'Ontario.

48. Millar, J. (1998). *HIV, hepatitis, and injection drug use in British Columbia: pay now or pay later*, rapport de l'Office of the Provincial Health Officer, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

49. Remis, R., Leclerc. P., Vandal, A. (1998). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec 1996*, Direction de santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, A3-5.

50. Centre canadien sur le dopage sportif (1993). *National School Survey of Drugs and Sport–Final Report*, Ottawa, ON : Centre canadien sur le dopage sportif.

51. Poulin, C. (1997) *Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies : rapport national initial*, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

52. Poulin C., et al. (1992). « An epidemic of hepatitis B among injection drug users in a rural area », *Revue canadienne de santé publique*, 83(2), 102-105.

53. Vooght M., et al. (1999). « Developing a public health response to the emergence of HIV in Prince Albert, Saskatchewan » (résumé C370P), présenté lors de la 8e conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH-sida, 1er-4 mai 1999, *Journal canadien des maladies infectieuses 1999*, 10 (Suppl B), 61B.

54. Topp, J. (1994). « HIV infection prevention measures for drug users », tiré de *Second National Workshop on HIV, Alcohol and Other Drug Use: compte rendu*, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 26-29.

55. McAmmond and Associates (1997). *Care, Treatment and Support for Injection Drug Users Living with HIV/AIDS*, Ottawa, ON : Santé Canada.

56. Single, E. (2000). *A Socio-demographic Portrait of Drug Users in Canada*, Ottawa, ON : Santé Canada.

57. Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission (SADAC) (1993). *SADAC client profile 1991/92: injection drug users in treatment. Focus sheet*, Regina, SK : SADAC.

58. Millson, P., Myers, T., Rankin, J., McLaughlin, B., Major, C., Mindell, W., Coates, R., Rigby, J., Strathdee, S. (1995). « Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and associated risk factors in injection drug users in Toronto », *Revue canadienne de santé publique*, 86, 176-180.

59. Topp, J. HIV (1994). « Infection prevention measures for drug users », tiré de *Second National Workshop on HIV, Alcohol and Other Drug Use : compte rendu*, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 26-29.

60. Bélanger, D., Alary, M., Godin, G., Bernard, P., Noel, L., Poulin, C., Parent, R., Lachance, C., Classens, C. (1996). *Identification of sub-groups at high risk of sharing used needles among injection drug users participating in a needle-exchange program*, Université Laval : article non publié.

61. Millson, M., Coates, R., Devenyi, P., Franklin, T., Rankin, J. (1990). « AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour in injection drug users attending a Toronto treatment facility », *Revue canadienne de santé publique*, 81, 46-52.

62. Hewitt, D., Vinje, G. (1991). « Injection drug use among addictions treatment clients in Alberta: implications for the spread of AIDS », *Revue canadienne de santé publique*, 82, 205-207.

63. Strathdee, S., Patrick, D., Currie, S., Cornelisse, P., Reckart, M., Montaner, J., Schechter, M., O'Shaughnessy, M. (1997). « Needle exchange is not enough: lessons from Vancouver injecting drug use study », *Le SIDA, 11*, F59-F65.

64. Stratton, E., Lior, L., Gully, P., Archibald, C., Lee, S., Chaudhary, R., Woodford, E., Scott, J. (1997). *HIV, HBV and HCV and risk behaviours in a semi-rural community in Canada*, article non publié, Halifax, NS : ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.

65. Poulin C., Alary, M., Bernier, F., Ringuet, J. (1998). « HIV-1 prevalence among drug users participating to a STD screening program on urine samples in a needle exchange program in Quebec City », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 9, 36A.

66. Elnitsky, S., Abernathy, T.(1993). « Calgary's needle exchange program: profile of injection drug users », *Revue canadienne de santé publique*, 84, 177-180.

67. Wolfe, R., Sykes, B. (1992). *Needleworks: Prevention of HIV in Injection Drug Users: Final Report and Evaluation*, Edmonton, AB : Board of Health.

68. Millson, M., Coates, R., Devenyi, P., Franklin, T., Rankin, J. (1990). « AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour in injection drug users attending a Toronto treatment facility », *Revue canadienne de santé publique*, 81, 46-52.

69. Poulin C., et al. (1992). « An epidemic of hepatitis B among injection drug users in a rural area », *Revue canadienne de santé publique*, 83(2), 102-105.

70. Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Desy, M., Soto, J., Vincelette, J. (1997). « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study », *Am. Journal of Epidemiology*, 146, 994-1002.

71. Millson, M., Coates, R., Devenyi, P., Franklin, T., Rankin, J. (1990). « AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour in injection drug users attending a Toronto treatment facility », *Revue canadienne de santé publique*, 81, 46-52.

72. Millson, P., Myers, T., Rankin, J., McLaughlin, B., Major, C., Mindell, W., Coates, R., Rigby, J., Strathdee, S. (1995). « Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and associated risk factors in injection drug users in Toronto », *Revue canadienne de santé publique*, 86, 176-180.

73. Archibald, C., Ofner, M., Patrick, D., Strathdee, S.(1996). *A study of risk factors for HIV infection among Vancouver's injection drug using community: summary of final results. Vancouver: The Point Project*, rapport non publié.

74. Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Desy, M., Soto, J., Vincelette, J.(1997). « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study », *Am. Journal of Epidemiology*, 146, 994-1002.

75. Fischer, B., Medved, W.,Gliksman, L., Rehm, J. (1999). « Illicit opiate users in Toronto: a profile of current users », *Addiction Research*, 7, 377-415.

76. Fischer, B., Medved, W., Gliksman, L., Rehm, J. (1999). « Illicit opiate users in Toronto: a profile of current users », *Addiction Research*, 7, 377-415.

77. Fischer, B., Medved, W., Gliksman, L., Rehm, J. (1999). « Illicit opiate users in Toronto: a profile of current users », *Addiction Research*, 7, 377-415.

78. Single, E., Robson, L., Rehm, J., Xie, X. (1996b). « Morbidity and mortality attributable to substance abuse in Canada », *American Journal of Public Health*, 89, 385-390.

79. Single, E, Rehm, J, Robson, L, Truong, M (2000). « The relative risks and aetiologic fractions of different causes of disease and death attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1669-1675.

80. Single, E., Robson, L., Rehm, J., Xie, X (1996b). « Morbidity and mortality attributable to substance abuse in Canada », *American Journal of Public Health*, 89, 385-390.

81. Single, E., Robson, L., Rehm, J., Xie, X (1999b). « Morbidity and mortality attributable to substance abuse in Canada », *American Journal of Public Health*, 89, 385-390.

82. Single, E., Robson, L., Rehm, J., Xie, X (1999b). « Morbidity and mortality attributable to substance abuse in Canada », *American Journal of Public Health*, 89, 385-390.

83. Fischer, B., Medved, W., Gliksman, L., Rehm, J. (1999). « Illicit opiate users in Toronto: a profile of current users », *Addiction Research*, 7, 377-415.

84. Fischer, B., Medved, W., Gliksman, L., Rehm, J. (1999). « Illicit opiate users in Toronto: a profile of current users », *Addiction Research*, 7, 377-415.

85. Nadeau, L. (1994a). « Risk taking contexts among addicts », tiré de *Second National Workshop on HIV, Alcohol and Other Drug Use*, (compte rendu), Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

86. Santé Canada (2000). Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 1999, Ottawa, ON : Santé Canada.

87. Zou, S. et al. (2000). *Enhanced Surveillance of Acute Hepatitis B and Acute Hepatitis C in Four Health Regions in Canada, 1998-1999*, Ottawa, ON : Santé Canada.

88. Leshner, A.I. « Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality », *NIDA Notes, Director's Column*, 14 (4).

89. Poulin, C. (1997). « Illicit Drugs » tiré de *Canada's Alcohol and other Drugs Survey 1994: A Discussion of the Findings*, Santé Canada (édit.), Ottawa, ON : Santé Canada.

90. Single, E. (2000). *A Socio-demographic Portrait of Drug Users in Canada*, rapport interne commandé par le Programme de prévention et d'action communautaire sur le VIH/sida, Ottawa, ON : Santé Canada.

91. Fischer, B., Medved, W., Gliksman, L., Rehm, J. (1999). « Illicit opiate users in Toronto: a profile of current users », *Addiction Research*, 7, 377-415.

92. Santé Canada. (1994). *Family Violence and Substance Abuse (1993)*, Ottawa, ON : Centre national d'information sur la violence dans la famille, Cat H72-22/14-1994E.

93. Service correctionnel du Canada. (1990). *Final Report of the Working Group on Reducing Addictions*, Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada, 1990.

94. Brochu, S., Guyon, L.(1995). *The issue of addiction among a sample of incarcerated women*, Trente-septième congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies.

95. Brochu, S. (1995). *Estimating The costs of drug-related crime*, 2e symposium international sur les coûts sociaux et économiques de la toxicomanie, Montebello, Québec.

96. Hall, W., Bell, J., Carless, J. (1993). « Crime and drug use among applicants for methadone maintenance », *Drug and Alcohol Dependence*, 31, 123-129.

97. Millson, P., Myers, T., Rankin, J., McLaughlin, B., Major, C., Mindell, W., Coates, R., Rigby, J., Strathdee, S. (1995). « Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and associated risk factors in injection drug users in Toronto », *Revue canadienne de santé publique*, 86, 176-180.

98. Brunelle, N., Brochu, S. (1995). « La prédiction de la délinquance et de la toxicomanie: les risques, les facteurs de risque » , 63ième Congrès de l'ACFAS.

99. Fagan, J., Weis, J., Cheng, Y. (1990). « Delinquency and substance use among inner city students », *Journal of Drug Issues*, 20, 351-402.

100. McBride, D., McCoy, C. (1981). « Crime and drug using behavior », *Criminology*, 19, 281-302.

101. Single, E., Robson, L., Xie, X., Rehm, J. (1998). « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada », 1992, *Addiction*, 93(7), 983-998.

102. Millar, J. (1998). *HIV, hepatitis, and injection drug use in British Columbia: pay now or pay later*, rapport de l'Office of the Provincial Health Officer, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

103. Fischer, B., et al. (1999). « Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort », *Canadian Journal of Public Health*, 90 (5).

104. Albert, T. & Williams, G. (1998). *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

105. Hanvelt, R., Copley, T., Schneider, D. & Meagher, N. (1999). *The Economic Costs and Resource Impacts of HIV/AIDS in British Columbia*, projet 6610-2372-AIDS du PNRDS.

106. Meagher NL et al. (1999). « Cost-effectiveness of the national investment for primary prevention of HIV: an assessment of Canada's investment using a stochastic simulation modeling approach (résumé C300) », présenté lors de la 8e conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH-sida, 1er-4 mai 1999, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 10 (Suppl B), 42B.

107. Larke, B. (2 mai 2000). Présentation faite au Groupe de travail FPT sur le VIH/sida des chefs de services correctionnels, Moncton, NB.

108. Institut canadien d'information sur la santé (23 août 2000). Communiqué : *Organ Transplant Patients Living Longer*.

109. Conseil de recherches médicales (1999). *Identification of a research agenda for the diagnosis, care and prevention of hepatitis C in Canada*.

110. Myers, T., Bullock, S., Calzavara, L., Cockerill, R., Marshall, V. (1997). « Differences in sexual risk-taking behavior with state of inebriation in an aboriginal population in Ontario, Canada », *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 312-322.

111. Scott, K. « Indigenous Canadians », chapitre 5 dans *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, 1997*, D. McKenzie, R. Williams et E. Single, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

112. Scott, K. (1997). « Indigenous Canadians », chapitre 5 dans *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, 1997*, D. McKenzie, R. Williams et E. Single, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

113. Gfellner, B., Hundelby, H. (1995). « Patterns of drug use among native and white adolescents 1990-1993 », *Canadian Journal of Public Health*, 86, 95-97.

114. Scott, K. « Indigenous Canadians », chapitre 5 dans *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, 1997*, D. McKenzie, R. Williams et E. Single, Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

115. Single, E. (2000). *A Socio-demographic Portrait of Drug Users in Canada*, rapport interne commandé par le Programme de prévention et d'action communautaire sur le VIH/sida, Ottawa, ON : Santé Canada.

116. Strathdee, S., Patrick, D., Currie, S., Cornelisse, P., Reckart, M., Montaner, J., Schechter, M., O'Shaughnessy, M. (1997). « Needle exchange is not enough: lessons from Vancouver injecting drug use study », *Le SIDA*,11, F59-F65.

117. Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission (SADAC) (1993). *SADAC client profile 1991/92: injection drug users in treatment. Focus sheet*, Regina, SK : SADAC.

118. Santé Canada (2000). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada*, Ottawa, ON : Santé Canada.

119. British Columbia Aboriginal AIDS Task Force (1999). *The Red Road—Pathways to Wholeness: An Aboriginal Strategy for HIV and AIDS in B.C.*, Victoria : B.C. Aboriginal AIDS Task Force.

120. Minuk, G. (1999). *Viral Hepatitis in a Population of Urban, North American, Street-Involved People*, Ottawa, ON : Santé Canada.

121. Réseau juridique canadien VIH/sida (1999). *Injection Drug Use and HIV/AIDS: Legal and Ethical Issues.*

122. Brochu, S. (1995). *Estimating the costs of drug-related crime*, 2e symposium international sur les coûts sociaux et économiques de la toxicomanie, Montebello, Québec.

123. Calzavara, L., Myers, T., Millson, M. Schlossberg, J., Burchell, A. (1997). *Understand HIV-related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*, Toronto, ON : University of Toronto HIV, Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.

124. Calzavara, L., Myers, T., Millson, M. Schlossberg, J., Burchell, A. (1997). *Understand HIV-related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*, Toronto, ON : University of Toronto HIV, Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.

125. Calzavara, L., Myers, T., Millson, M. Schlossberg, J., Burchell, A. (1997). *Understand HIV-related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*, Toronto, ON : University of Toronto HIV, Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.

126. Hankins, C., Gendron, S., Tran, T., Lai-tung, M., Paquette, N., Jalbert, M., et al. (1995). « Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in a medium security correctional institution-Montréal », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 6, 31B.

127. Hankins, C., Gendron, S., Handley, M., Richard, C., Lan Tung, M., O'Shaughnessy, M.(1994). « HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology », *American Journal of Public Health*, 84, 1637-1640.

128. Jurgens, R. (1996). *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Ottawa, ON : Société canadienne du sida.

129. Service correctionnel du Canada (1999). *Infectious Disease Surveillance Report, 1999.*

130. Calzavara, L., Myers, T., Millson, M. Schlossberg, J., Burchell, A. (1997). *Understand HIV-related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*, Toronto, ON : University of Toronto HIV, Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.

131. Ford, P.M., Pearson, M., Sankar-Mistry, P., Stevenson, T., Bell, D., Austin, J. « HIV, Hepatitis C and risk Behaviour in a Canadian Medium-Security Federal Penitentiary », *QJM*, 93(2),113-9.

132. Statistique Canada (1998). *Adult Correctional Services in Canada, 1996-97*. Ottawa, ON : ministre de l'Industrie, Catalogue nº 85-211-XIE, ISSN 1480-8501.

133. Service correctionnel du Canada (1996). *1995 National Inmate Survey: Final Report*.

134. Rothon, D., Strathdee, A., Cook, D., & Cornelisse, G.A. (1997). « Determinants of HIV-Related High Risk Behaviours Among Young Offenders: A Window of Opportunity », *Revue canadienne de santé publique*.

135. Hagan, J., McCarthy, B. (1997). *Mean Streets: Youth Crime and Homelessness*, Cambridge : Cambridge University Press, 1997.

136. Radford, J. L., King, A. J. C., Warren, W. K. (1989). *Street Youth and AIDS*, Kingston, ON : Santé et Bien-être social Canada.

137. Covenant House (1998). *Information Brochure*, Toronto, ON : Covenant House.

138. Radford, J. L., King, A. J. C., Warren, W. K. (1989). *Street Youth and AIDS*, Kingston, ON : Santé et Bien-être social Canada.

139. Smart, R. G., Adlaf, E. M. (1991). « Substance use and problems among Toronto street youth », *British Journal of Addiction*, 86, 999-1010.

140. Smart, R. G., Adlaf, E. M., Walsh, G. W., Zdanowicz, Y. (1992). *Drifting & Doing: Changes in Drug Use Among Toronto Street Youth, 1990-1992*, Toronto, ON : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

141. Anderson, J. (1993). *A Study of Out-of-the-Mainstream Youth in Halifax, Nova Scotia*, Ottawa, ON : Santé Canada.

142. Adlaf, E., Zdanowicz, Y., Smart, R. (1996). « Alcohol and other drug use among street-involved youth in Toronto », *Addiction Research*, 4, 11-24.

143. Adlaf, E., Zdanowicz, Y., Smart, R. (1996). « Alcohol and other drug use among street-involved youth in Toronto », *Addiction Research*, 4, 11-24.

144. Roy, E., Haley, N., Boivin, J-F., Frappier, J-Y., Claessens, C. HIV (1996). *Infection Among Montreal Street Youth*, Montréal, QC : Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH.

145. Roy, E., Lemire, N., Haley, N., Boivin, J-F., Frappier, J-Y., Claessens, C. (1998). « Injection drug use among street youth: a dynamic process », *Revue canadienne de santé publique*, 89, 23-25.

146. Gillis, L. (1999). *Women and HIV Prevention: Review of the Research and Literature*, Toronto : Community Research Initiative.

147. Gillis, L. (1999). *Women and HIV Prevention: Review of the Research and Literature*, Toronto : Community Research Initiative.

148. Nadeau, L. (1994). *Withdrawal, despair, myth and love: a typology of risk taking contexts for drug dependent women*, article présenté lors la 5e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Toronto.

149. Amaro, H. « Love, sex and power: considering women's realities in HIV prevention », *American Psychologist*, 50, 437-447.

150. Maxwell, J. (1999). *HIV prevention research with men who have sex with men: present knowledge; future directions*, Toronto, ON : Community Research Initiative of Toronto.

151. Rhodes, F., Deren, S., Wood, M., Shedlin, M., Carlson, R., Lambert, E., Kochems, L., Stark, M., Falck, R., Wright-DeAguero, L., Weir, B., Cottler, L., Rourke, K., Trotter, R. (sous presse). « Understanding HIV risks of chronic drug-using men who have sex with men », *AIDS Care*.

152. Seage, G., Mayer, K., Wold, C., Lenderking, W, Goldstein, R., Cai, B., Gross, M, Heeren, T., Hingson, R. (1998). « The social context of drinking, drug use and unsafe sex in the Boston Young Men Study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 17, 368-375.

153. Allman, D. (1999). *M is for Mutual A is for AIDS*, Ottawa, ON : Centre canadien de documentation sur le VIH-sida et Santé Canada, 1999.

154. Allman, D., Myers, T. (1999). « Male sex work and HIV/AIDS in Canada » tiré de *Men Who Sell Sex—International Perspectives on Male Prostitution and AIDS*, Aggleton, P. (édit.) London, ON : UCL Press.

155. Allman, D. (1999). *M is for Mutual A is for AIDS*, Ottawa, ON : Centre canadien de documentation sur le VIH-sida et Santé Canada, 1999.

156. Myers, T., Godin, G., Calzavara, L., Lambert, J., Locker, D. (1993). *The Canadian Survey of Gay and Bisexual Men and HIV Infection: Men's Survey*, Ottawa, ON : Société canadienne du sida.

157. Shaver, F., Newmeyer, T. (1996). *Men who have sex with men: a comparison of the sexual practices and risk-taking behaviour of gay and bisexual men and male prostitutes*, article présenté lors de la 64e conférence de l'ACFAS, Montréal.

158. DeMatteo, D., Read, S., Bock, B., Coates, R., Goldberg, E., King, S., Millson, P., McLaughlin, P., Major, C., O'Shaughnesssy, M. (1992). *HIV seroprevalence in Toronto street youth*, article présenté lors de la 7e Conférence internationale sur le sida, Rotterdam.

159. Read, S., DeMatteo, D., Bock, B., Coates, R., Goldberg, E., King, S., Major, C., McLaughlin, B., Millson, M., O'Shaughnessy, M. (1993). *HIV Prevalence in Toronto Street Youth*, Toronto, ON : The Hospital for Sick Children.

160. Miller, M., Strathdee, S., Martindale, S., Cornelisse, P., Hogg, R., Cook, D., Montaner, J., O'Shaughnessy, M., Schechter, M. (1997). *Characteristics of male sex trade workers enrolled in a prospective study of HIV incidence*, article présenté lors de la 6e conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH-sida, Ottawa.

161. Rush, B.R., Ogborne, A.C. (1992). « Alcoholism Treatment in Canada. History, Current Status and Emerging Issues », tiré de *Cure, Care in Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*, H. Klingemann, J.P. Jakala, G. Hunt (édit.), New York : State University Press.

162. Boyd, N., Millard, C.J., et Webster, C.D. (1985). « Heroin "Treatment" in British Columbia, 1976 - 1984: Thesis, Antithesis and Synthesis? », *Revue canadienne de criminologie*, 27(2), 195-208.

163. Merrill, J. (1998). « Evaluating treatment effectiveness: Changing our expectations », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 175-176.

164. Stoller, K. B. & Biglow, G. E. (1999). « Regulator, cost, and policy issues », tiré de *Methadone Treatment for Opiod Dependence*, E. C. Strain & M. L. Stitzer (édit.), Baltimore, MY : Johns Hopkins University Press.

165. Wall, R., et al. (manuscrit en cours de révision). *Social costs of untreated opioid dependence.*

166. Commission des stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies (1997). *Effects on individuals, society and international drug control of the prescription of narcotic drugs to drug addicts* (rapport du secrétariat de la 40e séance, Conseil économique et social), Genève, Suisse : Commission des stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies.

167. Ling, W. & Rawson, R. (1997). « American opiate substitution treatment programs: From methadone to LAAM and buprenorphine », tiré de *The Medical Prescription of Narcotics: Scientific Foundations and Practical Experiences*, M. Rihs-Middel (édit.) (p. 250-251), Berne, Suisse : Swiss Federal Office of Public Health.

168. Litten, R.Z. & Allen, J.P. (1999). « Medications for alcohol, illicit drug, and tobacco dependence: An update of research findings », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16 (2), 105-112.

169. Stimson, G. V. (1995). « AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: The policy response and the prevention of the epidemic », *Social Science Medicine*, 41 (5), 699-716.

170. Rihs-Middell, M. (Ed.) (1997). *The medical prescription of narcotics: Scientific foundations and practical experiences*, Berne, Suisse : Swiss Federal Office of Public Health.

171. Riley, D., Teixeira, P. & Hausser, D. (1999). *Paper 3: HIV/AIDS policy issues related to large-scale targeted interventions for injection drug users*, article présenté dans le cadre du Dialogue sur le VIH/sida : Dilemmes stratégiques des gouvernements, Montebello, QC (8-10 novembre 1999).

172. Stimson, G. V. (1995). « AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: The policy response and the prevention of the epidemic », *Social Science Medicine*, 41 (5), 699-716.

173. Réseau juridique canadien VIH/sida (1996). *HIV/AIDS in prisons: Final report*, Ottawa, ON : Réseau juridique canadien VIH/sida.

174. Federal Office of Public Health (1995). *HIV Prevention Pilot Project Institutions in Hindelbank*, Berne, Suisse : auteur.

175. Kemmesies, U.E. (1999). *The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt and Main 1995. Final report*, Hambourg, Allemagne : European Cities on Drug Policy.

176. EMCDDA (1999). *1999 Extended Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union*, Luxembourg : Office for official publications of the European Communities.

177. Commission des stupéfiants (2000). *Report on the Third Session (6 –15 March 2000), Economic and Social Council, Official Records 2000, Supplement No. 8.*

178. Riley, D., Teixeira, P. & Hausser, D. (1999). *Paper 3: HIV/AIDS policy issues related to large-scale targeted interventions for injection drug users*, article présenté dans le cadre du Dialogue sur le VIH/sida : Dilemmes stratégiques des gouvernements, Montebello, QC (8-10 novembre 1999).

179. Memphis Shelby Crime Commission (sans date). *Best Practice Number Nine: Processing non-violent drug offenders through treatment-oriented drug courts* (en ligne : www.memphiscrime.org).

180. National Association of Drug Court Professionals (1999). *Facts on drug courts* (en ligne : www.nadcp.org).

181. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (juillet 2000). *Drug courts: Substance abuse intervention within the justice system* (document de travail provisoire), Edmonton, AB : auteur.

182. Australian National Council on Drugs (sans date). *Tough on Drugs Diversion Initiative* (en ligne : www.ancd.or.au).

183. Drug Court of New South Wales (1999). *Media Release: Drug Court Background Information* (en ligne : www.agd.nsw.gov.au).

184. Australian National Council on Drugs (1998). *Diversion Practices as an Alternative Means of Dealing with Drug Offenders*, communiqué (en ligne : www.ancd.org.au).

185. Australian National Council on Drugs (1998). *Diversion Practices as an Alternative Means of Dealing with Drug Offenders*, communiqué (en ligne : www.ancd.org.au).

186. Ministère du Solliciteur général (9 décembre 1998). *Le gouvernement du Canada accordera plus de 1,5 million de dollars, dans le cadre de la Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime, pour lutter contre la criminalité liée à la drogue* (communiqué), (en ligne : www.sgc.gc.ca).

187. Centre de toxicomanie et de santé mentale (11 novembre 1999). *Canada's only drug treatment court celebrates successful first year*, (communiqué) (en ligne : www.camh.net).